

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. LYON-NORD

Année 1977 - N° 479

**PLACE DE LA PROMONTO FIXATION
DANS LE TRAITEMENT
DES PROLAPSUS VAGINAUX
(A propos de 54 cas)**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 26 Octobre 1977
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Louis de PORTIER de VILLENEUVE

Ancien Élève de l'École du Service de Santé des Armées de Lyon

né le 27 Mars 1947

à CHAMBERY (Savoie)

29

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON

MÉDECINE -

U. E. R. LYON-NORD

FACULTÉ 1977 - N° 478

Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. LYON-NORD

Année 1977 - N° 479

**PLACE DE LA PROMONTO FIXATION
DANS LE TRAITEMENT
DES PROLAPSUS VAGINAUX
(A propos de 54 cas)**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 26 Octobre 1977
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Louis de PORTIER de VILLENEUVE

Ancien Élève de l'École du Service de Santé des Armées de Lyon

né le 27 Mars 1947

à CHAMBERY (Savoie)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDICINE -

U. E. R. LYON-NORD

ANNEE 1977 - 1978

PLACE DE LA PROPHYLAXIE
DANS LE TRAITEMENT
DES PROLAPSUS VAGINAUX

(A propos de 84 cas)



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 20 Octobre 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

LOUIS DE PORTIER DE VILLENEUVE

né le 15 Mars 1947 à Lyon

de 23 ans

à l'Université Claude-Bernard - LYON

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I

Président de l'Université : Monsieur le Professeur D. GERMAIN
Premier Vice-Président : Monsieur le Professeur E. ELBAZ
Deuxième Vice-Président : Monsieur B. ROUSSET
Troisième Vice-Président : Monsieur R. LOPEZ
Secrétaire Général : Monsieur J. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

MEDECINE - GRANGE-BLANCHE - Directeur : Monsieur le Docteur B. SALLE (MCA)
ALEXIS-CARREL Directeur Monsieur le Professeur R. MORNEX
SUD-OUEST Directeur Monsieur le Professeur J. NORMAND
LYON-NORD Directeur Monsieur le Docteur J.P. NEIDHARDT
Directeur
Honoraire : Monsieur le Professeur A. BERTOYE

BIOLOGIE HUMAINE - Directeur : Monsieur le Docteur J.P. REVILLARD (MCA)

TECHNIQUES DE READAPTATION - Directeur : Monsieur le Docteur A. MORGON (MCA)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES - Directeur : Monsieur le Professeur BIZOLLON

SCIENCES ODONTOLOGIQUES - Directeur:: Monsieur le Docteur R. VINCENT

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE :

Président du conseil d'UER : Monsieur le Professeur R. GUILLET

Directeur : Monsieur A. MILLON

MATHEMATIQUES - Directeur : Monsieur le Professeur E. COMBET

PHYSIQUE - Directeur : Monsieur le Professeur J. DELMAU

CHIMIE ET BIOCHIMIE - Directeur : Monsieur le Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE - Directeur : Monsieur le Professeur R. GINET

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES - Directeur : Mademoiselle le Professeur J.F. WORBE

INSTITUT UNIVERSITAIRE ET TECHNOLOGIE N° 1 - Directeur : Mr le professeur B. POUYET

INSTITUT UNIVERSITAIRE ET TECHNOLOGIE N° 2 - Directeur : M.J. GALLET (Directeur
ENSAM)

OBSERVATOIRE - Directeur : Monsieur MONNET (Astronome Adjoint)

PHYSIQUE NUCLEAIRE - Directeur : Monsieur le Professeur GUSAKOW

MECANIQUE - Directeur : Mademoiselle le Professeur G. COMTE-BELLOT.

Examineurs de la Thèse :

Président : Monsieur le Professeur M. DUMONT

Assesseurs : Monsieur le Professeur Agrégé D. DARGENT

Monsieur le Professeur Agrégé A. MORIN

Monsieur le Professeur Agrégé M. GIROUD

Monsieur le Docteur J.P. ANGLADE

JE DEDIE CE TRAVAIL :

A MA FEMME,

avec tout mon amour

A MA FILLE,

et son sens particulier de la classification

A MON FILS,

et ses premiers sourires

A MA GRAND ' MERE,

A MES PARENTS,

*en témoignage de ma reconnaissance et de
mon affection*

A MES BEAUX-PARENTS,

pour m'avoir accueilli comme un fils

A MES FRERES ET SOEURS,

A MES COMPAGNONS D'EQUIPE DE FRANCE DE CANOE-KAYAK,

A MES AMIS,

A LA MEMOIRE DE MICHEL

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. DUMONT

Nous avons bénéficié de son enseignement au cours d'un semestre passé dans son service.

Sa bienveillance l'emportera encore sur son esprit critique quand il jugera ce modeste travail.

Nous le remercions d'avoir accepté la présidence de notre jury et sommes heureux de lui témoigner ici notre respect et notre reconnaissance.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur Agrégé DARGENT,

Nous le remercions de bien vouloir juger ce travail et lui adressons l'expression de notre respectueuse gratitude.

Monsieur le Professeur Agrégé MORIN,

Nous apprécions l'honneur qu'il nous fait en acceptant de juger ce travail, et nous l'assurons de notre profonde gratitude.

Monsieur le Médecin Colonel GIROUD,
Professeur Agrégé du Val de Grâce,

Il nous a guidé dans nos études, nous sommes très honorés de le compter parmi nos juges.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond attachement.

Monsieur le Médecin Colonel ANGLADE,

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et a bien voulu nous éclairer de ses conseils pendant la réalisation de ce travail.

En témoignage de notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Monsieur le Professeur J. TRAEGER

Monsieur le Professeur M. DUMONT

Monsieur le Professeur M. GIRARD

Monsieur le Professeur M. JEUNE

Monsieur le Professeur J. GAILLARD

Monsieur le Professeur BONAMOUR

Monsieur le Professeur MINET

et Monsieur le Professeur Agrégé CASANOVA

Monsieur le Professeur DELACROIX

et Monsieur le Docteur MARHIC

Monsieur le Docteur DUMONT

EN HOMMAGE RESPECTUEUX

A Monsieur le Medecin - Général THALABARD

Commandant de l' Ecole du Service de Santé des Armées

A Monsieur le Médecin en Chef SEPETJIAN

Commandant en second de l' Ecole du Service de Santé
des Armées

INTRODUCTION

Tantôt condamnée, tantôt à la mode, la promonto-fixation semble avoir de fervents partisans mais aussi un certain nombre d'opposants.

Déjà évoquée par Freud en 1890, la promonto-fixation fut proposée quelques années plus tard pour le traitement de certains prolapsus. Malgré les efforts de Ochlbecker qui en modifie la méthode, et les études de Schmid, ce type d'intervention tombe dans l'oubli pour réapparaître en 1936 avec Heynemans et Wagner.

En 1952, la société d'Obstétrique de Hambourg condamne à nouveau cette intervention. Enfin en 1957, Ameline et Huguier écrivent l'article princeps qui réhabilite définitivement, semble-t-il, la promonto-fixation.

Face à ces prises de position souvent passionnelles, nous avons entrepris de rapporter l'expérience de la clinique gynécologique de l'HIA Bégin et d'y mesurer la place occupée par ce procédé dans le traitement chirurgical des prolapsus vaginaux.

Après avoir rappelé les notions élémentaires de l'anatomie pelvienne propre à la femme, envisagé la physio-pathologie des prolapsus et le principe de la promonto-fixation, nous étudierons ce que furent les indications, la technique, les résultats et les complications des 54 interventions de ce type réalisées dans le service.

PREMIERE PARTIE

R A P P E L A N A T O M I Q U E

I - ANATOMIE DESCRIPTIVE ET TOPOGRAPHIQUE

Limitant l'étude de la promonto-fixation dans le traitement des prolapsus uro-génitaux et sans vouloir reprendre ici toute l'anatomie du petit bassin de la femme, il nous paraît important cependant de rappeler brièvement les structures pelvi-périnéales de maintien et de soutien de l'appareil génital féminin et des réservoirs urinaire et fécal qui les jouxtent.

- LA VESSIE :

Elle constitue le plus antérieur de ces éléments et c'est par sa face postéro-inférieure qu'elle est en rapport avec le col de l'utérus dans son tiers supérieur et avec le vagin pour sa partie inférieure.

La paroi vésicale est séparée du col utérin par un tissu cellulaire assez lâche qui permet de séparer aisément les organes. Entre la vessie et le vagin, il existe la cloison vésico-vaginale de Halban faite en haut d'un tissu conjonctif peu serré permettant une séparation encore facile des deux organes par clivage de la lame, tandis que, plus bas, le tissu inter-vésico-vaginal devient dense, unissant plus solidement la vessie au vagin.

Le bord postérieur situé à l'union de la face supérieure et de la base de la vessie embrasse, dans sa concavité, l'isthme utérin.

- L'URETRE :

Du col vésical il descend, légèrement oblique par rapport à la verticale, en bas et en avant, à peu près parallèle à la direction du vagin placé derrière lui. Dans sa partie supérieure intra pelvienne, l'urètre engainé par son sphincter strié est relié au vagin par une épaisse couche de tissu cellulaire dense. En traversant le périnée, l'urètre est toujours placé en avant du vagin et lui est étroitement lié par une épaisse lame de tissu très serré, cellulo-fibreux et musculaire, appelé cloison urètro-vaginale.

- LE VAGIN :

Organe musculo-membraneux souple, élastique et contractile, s'étendant de l'orifice vulvaire en bas à la partie inférieure de l'utérus en haut, il est placé dans la cavité pelvienne en avant du rectum et en arrière de la vessie.

L'extrémité supérieure du dôme vaginal s'évasant en forme de cupule, se fixe au pourtour du col utérin qui saille et reste séparé des parois du vagin par les culs de sac vaginaux. Quant à l'extrémité inférieure, située immédiatement au-dessous des releveurs avec lesquels elle s'unit par de nombreuses fibres elle ferme le fond du vestibule vulvaire.

Direction :

Le tonus des releveurs et leurs connections avec les bords latéraux du vagin exercent une traction vers l'avant de la partie inférieure de ce dernier. La partie supérieure, quant à elle, est fixée par les ailerons vaginaux. Il en résulte une angulation du vagin de 140° en moyenne, ouverte en arrière, appelée cap vaginal.

Rapport :

En avant du vagin et séparé par le fascia de Halban, on retrouve la face postérieure de la vessie avec la partie terminale des uretères et en bas de l'urètre.

La face postérieure du vagin est en haut tapissée par le péritoine du cul de sac de Douglas et au-dessous il s'accôle au rectum jusqu'au plancher périnéal. Il en est séparé par une couche de tissu cellulaire lâche appelée cloison recto-vaginale.

A la limite supérieure du plancher périnéal, c'est-à-dire à deux ou trois centimètres au-dessus de la peau, le vagin et le rectum s'écartent l'un de l'autre. Le vagin continue son trajet oblique en bas et en avant tandis que le segment périnéal du rectum s'incline en bas et en arrière. L'espace recto-vaginal ainsi délimité est occupé par le noyau fibreux central du périnée et par les muscles qui s'en détachent (transverse superficiel et profond du périnée, sphincter strié de l'anus).

Les bords latéraux sont dans leurs deux tiers supérieurs en rapport avec le tissu cellulo-fibreux périrectal supérieur. Dans leur portion périnéale, ils sont en rapport successivement avec les faisceaux internes du releveur de l'anus avec lesquels ils sont unis par un tissu conjonctif dense dans lequel se perd l'aponévrose pelvienne, puis l'aponévrose moyenne et le muscle transverse profond, enfin avec le constricteur de la vulve.

- L'UTERUS :

On lui décrit classiquement deux segments :

. Le corps utérin : de forme triangulaire, il est aplati en avant et en arrière. De ses angles supérieurs ou cornes utérines se détachent en avant les ligaments ronds, en arrière les trompes utérines et les ligaments utéro-ovariens. Les bords latéraux épais donnent insertion aux ligaments larges.

. Le col : il constitue la partie inférieure de l'organe. Il forme un cylindre de consistance ferme, il donne insertion au dôme vaginal. Il est relié au corps par l'isthme utérin qui est un segment modérément rétréci.

Direction :

Dans son ensemble, l'utérus est normalement incliné de bas en haut et d'arrière en avant. Il est à la fois antéversé et antéfléchi. L'axe du corps forme avec l'axe du col un angle ouvert en bas et en avant d'environ 120° . Le sommet de cet angle situé au niveau de l'isthme représente le point fixe autour duquel corps et col peuvent s'orienter indépendamment l'un de l'autre.

Rapport :

Les rapports du corps sont constitués par le dome vésical qui répond à sa face antéro inférieure par l'intermédiaire du péritoine et le rectum par la face postérieure. Les bords latéraux quant à eux entrent en rapport avec la partie supérieure du ligament large et le segment ascendant de l'artère utérine.

Les rapports de l'isthme et du segment sus vaginal du col, entièrement sous péritonéaux répondent en avant à la base vésicale dont ils sont séparés par le fascia vésico-cervical et par les ligaments vésico-utérins. En arrière, la face postérieure de l'isthme répond à la face antérieure du rectum. Enfin latéralement les rapports s'effectuent par l'intermédiaire du paramètre avec l'uretère, l'artère et les veines utérines, les lymphatiques et la partie inférieure du plexus hypogastrique.

II - MOYENS DE FIXATION DE L'ENSEMBLE VISCERAL PELVIEN

L'ensemble viscéral pelvien doit sa fixité essentiellement à deux systèmes d'amarrage, l'un de soutien, l'autre de suspension, très accessoirement à un système d'orientation.

1 - L'appareil de soutien

Il est constitué de l'aponévrose pelvienne et les muscles releveurs qui comprennent deux portions bien distinctes :

a) L'une est formée par la partie sphinctérienne des releveurs qui de leur insertion sur l'arc osseux pelvien antérieur et latéral se dirigent en convergeant tel un éventail vers la région rétro-anale pour se terminer sur le raphé anococcygien et le coccyx. Leur contraction est synergique de celle de l'obturateur interne, rotateur externe de la cuisse.

b) L'autre portion dite élévatrice est plus profonde. Elle est constituée d'une bande musculaire puissante dirigée d'avant en arrière et surtout de haut en bas dans un plan presque sagittal. Du pubis où il s'insère, il se dirige vers le noyau fibreux central du périnée en croisant le vagin auquel il s'accolle par un tissu cellulaire dense. La contraction de cette bande pubo-rectale est synergique de celle de l'adducteur de la cuisse.

c) L'aponévrose pelvienne, quant à elle, recouvre la plus grande partie des releveurs en y adhérant. Les ligaments pubo-vésicaux et pubo-vaginaux sont des bandes de renforcement de cette aponévrose qui rattachent à la région pubienne l'urètre proximal, la berge antérieure du col vésical et le vagin.

L'essentiel de ce système de soutènement est constitué par le noyau fibro-musculaire central du périnée.

2 - L'appareil de suspension

Il est disposé en forme de croix et se compose des paramètres et des lames sacro-pubiennes.

- Les paramètres

Ils sont constitués de coulées cellulaires denses autour des artères utérines et vaginales longues. Ce système s'étend transversalement dans la base des ligaments larges, depuis le dome vaginal et le col en dedans jusqu'aux parois pelviennes latérales en dehors. On leur donne parfois le nom de ligament de Mackenrodt.

- Les lames sacro-recto-génito-vésico-pubiennes

Elles comprennent deux segments différents :

. Les ligaments pubo-vésico-utérins

. Les ligaments utéro-sacrés. Ils s'insèrent en arrière sur la face antérieure du sacrum, en dedans des deuxième, troisième et quatrième trous sacrés. Se dirigeant en bas et en avant, ils croisent les faces latérales du rectum, soulèvent par leurs bords supérieurs le fond du cul de sac de Douglas et vont s'épanouir sur la face postérieure du col utérin et le dome vaginal où ils constituent le torus utérinum.

Ces ligaments sont fondamentaux dans la suspension du col utérin et c'est leur déficience que la promonto-suspension se propose de suppléer.

3 - L'appareil d'orientation

Il ne joue un rôle dans la fixité de l'appareil génital que par l'antéversion utérine qu'il maintient. Il se compose de deux cordons fibreux appelés ligaments ronds qui se détachent de chaque corne utérine, se dirigeant vers le canal inguinal pour y pénétrer et s'y épanouir.

III - ANATOMIE FONCTIONNELLE

Les méthodes modernes d'exploration de la cinétique pelvienne, telles que le colpocystogramme, les moules vaginaux ou encore les enregistrements cinématographiques ont montré à quel point était insuffisante la description statique des anciens auteurs et permis, grâce en particulier aux remarquables travaux d' A. Bethoux et de son équipe, des progrès considérables dans la compréhension de la physiologie pelvienne. Chaque organe pelvien est plus ou moins solidaire de ses voisins et l'étude de leur cinétique ne peut être que globale et envisagée dans son ensemble. Le haut vagin, le col utérin, le bas rectum et la vessie forment un véritable "combiné viscéral" qui se déplace de haut en bas et surtout d'avant en arrière sans modifier pour autant les rapports col utérin - col vésical.

Il convient pour faciliter l'étude du comportement des différents éléments pelviens d'envisager leur modification d'abord à l'effort de pousser puis à celui de retenir.

A l'effort de pousser :

D'après A. Bethoux, la résultante générale des forces de poussée serait orientée vers le bas et l'arrière au détroit supérieur et s'infléchirait vers le bas et l'avant au niveau des épines sciatiques. A cette force s'oppose la suspension inextensible que constituent les lames sacro-génitales et l'aileron utérin et qui oriente le déplacement des éléments pelviens vers l'arrière et le bas. Selon Rubin, la poussée d'effort ne fixerait pas l'utérus dans la direction du hiatus génital mais plutôt vers le sacrum. Béthoux précise qu'il évolue en direction du périnée postérieur, un peu en avant du coccyx, le col utérin et la moitié supérieure du vagin se maintenant plaqués contre le bord antérieur de l'image rectale assurant ainsi le verrouillage du cul de sac de Douglas. Ce déplacement est permis par l'élasticité de la suspension antérieure. Il s'ensuit l'effacement du cap vaginal et de l'angle uréthro-vésical postérieur qui tend à s'ouvrir tout en conservant les bords antérieurs et postérieurs accolés puisque fixés au même système extensible en avant et aux mêmes éléments suspenseurs en arrière.

A l'effort de retenir :

Les déplacements viscéraux se font en sens inverse et on assiste sous l'effet de la contraction du faisceau élévateur des releveurs à une accentuation des caps uréthro-vésical et ano-rectal associée à un déplacement vers l'avant du noyau fibreux central du périnée.

A l'issue de cette étude, on mesure le rôle fondamental des liaisons interviscérales qui solidarisent les différents organes entre eux, de l'élasticité de la suspension antérieure qui permet un certain mouvement antéro-postérieur, de la tonicité des releveurs et enfin et surtout de la bonne qualité du système d'amarrage postérieur et en particulier des lames sacro-génitales dont la détérioration ne permet plus de diriger la poussée d'effort sur une zone résistante. C'est la déficience de chacun de ces éléments de façon isolée ou associée qui va entraîner le prolapsus.

DEUXIEME PARTIE

ETUDE DES PROLAPSUS

I - PATHOGENIE GENERALE

A la complexité des moyens de contention pelvienne, correspond la diversité des altérations conduisant au prolapsus.

1 - Anomalies congénitales

L'existence de prolapsus chez la vierge et la nullipare (.3 cas dans notre série) nous conduit à penser qu'il existe des anomalies congénitales favorisant ce type de lésion. C'est ainsi qu'il a pu être observé chez certaines de ces malades des béances du Douglas qui favorisent la rétroversion utérine et place l'utérus dans l'axe du vagin. Chez d'autres patientes, c'est une paroi vaginale antérieure très brève contrastant avec un cul de sac postérieur très long qui favorise là encore la rétroversion. Enfin il a été découvert des atrophies congénitales des releveurs et surtout des anomalies de la filière osseuse pelvienne à l'origine de prolapsus en repoussant en avant le point d'application de la résultante des forces de poussée.

Ces anomalies congénitales passent chez la femme âgée ou multipare au second plan au profit des facteurs acquis.

2 - Imprégnation gravidique

Elle favoriserait d'après certains auteurs la distension du système suspenseur. Pour d'autres, la grossesse et surtout les levers précoces après l'accouchement engendreraient une désolidarisation interviscérale et des glissements.

Pour notre part, sans nier le rôle favorisant de la grossesse, nous pensons qu'il reste minime. L'étude de la parité dans nos dossiers montre en effet ceci :

Nombre de patientes :

Nombre de grossesses à terme :

3	5 %	0
14	26 %	1
11	21 %	2
13	25 %	3
7	13 %	4
2	3 %	5
1	2 %	6
1	2 %	11

On retient que le prolapsus vaginal existe chez les nullipares, que plus de la moitié de notre population (57%) n'a eu qu'un ou deux enfants, que trois femmes ont eu des accouchements de gemellaires dont une à trois reprises.

3 - Le traumatisme obstétrical

Il nous paraît par contre fondamental dans la genèse des prolapsus uro-génitaux puisque 22 patientes signalent avoir eu des difficultés pour accoucher.

L'analyse de ces difficultés nous montre que 9 femmes, soit 17%, ont eu besoin de forceps pour accoucher. D'autre part, on observe que si seulement deux femmes ont eu une épisiotomie, dont une signale qu'elle correspond au début de ses troubles, 12 femmes par contre ont eu au moins une fois une déchirure du périnée (23%).

On a : 12 déchirures du périnée dont :

10 incomplètes

2 complètes

2 femmes ont eu deux déchirures

1 femme a eu trois déchirures.

La déchirure du noeud fibreux central élimine un point d'appui important, entraîne une béance de la fourchette et détruit l'appareil musculaire dynamisant le système de suspension antérieur. Même bien soignée, la colpomyorraphie postérieure, si elle rétablit un soutènement solide, ne redonne pas aux muscles la contractibilité perdue par dilacération. L'épisiotomie correcte par contre n'engendre pas de tels troubles, semble-t-il, et joue un rôle important dans la prophylaxie du prolapsus.

4 - La sénescence

Chez la femme âgée et ménopausée, c'est la carence oestrogénique et les troubles trophiques des tissus devenus moins toniques et moins puissants à se contracter qui semblent être à l'origine de certains prolapsus ou du moins qui les révèlent.

Classiquement la majorité des opérées ont entre 40 et 70 ans avec un pic très net entre 60 et 70 ans. Pour notre part, notre population est plus jeune puisque la moyenne d'âge de ses éléments à l'époque de leur opération, est de 52 ans. Cela tient probablement à l'origine sociale des malades du service. Il s'agit d'une population souvent très active, avertie des possibilités thérapeutiques et tolérant difficilement l'inconfort qu'engendre un tel trouble. De plus notre série ne comprend qu'une fraction des prolapsus traités dans le service. Enfin, un certain nombre de nos malades ne présentait qu'un prolapsus vaginal minime mais associé à une lésion nécessitant une hystérectomie ou un geste par voie abdominale. Dans ce cas, la cure de prolapsus n'est qu'un geste complémentaire.

La répartition de l'âge des malades s'établit ainsi :

moins de 29 ans	0	
de 30 à 39 ans	11	19 %
de 40 à 49 ans	23	40 %
de 50 à 59 ans	7	12 %
de 60 à 69 ans	8	14 %
plus de 69 ans	8	14 %

On observe d'autre part que 21 patientes étaient ménopausées à l'époque de l'intervention, que trois étaient en période préménopausique, tandis que 58% des femmes étaient encore en état d'activité génitale.

5 - Facteurs extrinsèques

Enfin, des interventions chirurgicales peuvent favoriser une ptose uro-génitale. C'est le cas en particulier des hystérectomies totales et subtotales (4 cas) qui, supprimant la chicane de l'antéversion, modifient l'axe des forces de poussée et poussent le col restant ou le dôme vaginal dans l'axe du vagin. C'est le cas également des hystéropexies antérieures (2 cas) qui, ouvrant le Douglas, sont à l'origine d'importantes élytrocèles.

II - EXAMEN CLINIQUE DES PROLAPSUS

Le 72ème congrès de chirurgie semble avoir reflété l'opinion actuelle en définissant le prolapsus comme "toute saillie permanente ou à l'effort dans la lumière vaginale où à l'orifice vulvaire ou hors de celui-ci de tout ou partie des parois vaginales plus ou moins doublées de la vessie, du rectum et des cul de sac péritonéaux adjoints ainsi que du fond vaginal solidaire du col utérin sauf exérèse préalable". Pour suffisante que soit cette définition, la pratique de colpocystogrammes et les nouvelles données anatomo-pathogéniques qu'elles apportent permettent de préciser encore par la notion de ptose la descente de l'organe qui implique un relâchement de son système de suspension. Par contre, le vocable de "cèle" désigne le viscère qui bombe derrière la paroi vaginale, ou le vagin lui-même dans sa zone de faiblesse, ou encore l'utérus qui saille anormalement dans la lumière vaginale, ou qui désigne encore une malformation, qui ne mérite pas forcément le terme de ptose, c'est-à-dire la descente du dit viscère. La précision de cette terminologie nous semble importante car c'est de son bon usage que découle la bonne indication thérapeutique.

Les examens cliniques et paracliniques nous permettent d'observer différentes détériorations élémentaires bien étudiées par Scali, Béthoux et Blandon.

- Au niveau du segment urétral du vagin tout d'abord, on peut observer dans un certain nombre de cas un déroulement à l'effort du segment urétral du vagin, appelé urétrocèle et qu'il convient de différencier d'une simple hernie. L'urétrocèle résulte d'une déficience de la suspension pubienne et peut s'accompagner d'incontinence.

- Au niveau du segment vésical du vagin, le prolapsus vésical est le fait de la déficience des lames vésico-vaginales et concerne par conséquent le plancher et le col. Il peut être latent et ne se manifester qu'aux efforts de poussée par une incontinence urinaire ou patente (cystocèle), le plancher vésical recouvert par la paroi vaginale pouvant faire saillie à travers l'orifice vulvaire. L'incontinence d'urine n'est pas systématiquement associée car pouvant être masquée par "la chambre d'expansion" que constitue la vessie au-dessous de la jonction uréthro-vésicale.

- Les prolapsus utéro-vaginaux peuvent résulter quant à eux de plusieurs troubles congénitaux ou acquis, isolés ou associés, concernant soit l'appareil de soutènement, soit celui de suspension. Il s'ensuit un déplacement vers l'avant de l'axe de poussée du mobile utérin qui fait perdre au col son assise à l'effort sur le raphé médian. Il en résulte, lorsque les ailerons vaginaux tiennent, un allongement dit hypertrophique de la portion intravaginale du col, et lorsqu'ils lâchent, un étirement supravaginal du col. Enfin, on peut observer des hystéroptoses sans allongement cervical lorsque les ligaments utérins et les ailerons vaginaux lâchent en même temps. Par ailleurs, la déficience de l'appareil de suspension de l'utérus va lui permettre une migration dans l'axe du tiers inférieur du vagin vers la vulve, et l'extériorisation. Le col est alors recouvert par la moitié supérieure du vagin qui se retourne en doigt de gant et peut être l'objet de lésion à type d'ulcération par facteur extrinsèque.

Le cas particulier et non exceptionnel du prolapsus chez la vierge ou la nullipare doit être signalé, car s'il se manifeste lui aussi par l'extériorisation progressive du col hors du vagin, d'abord à l'effort de poussée, puis de façon permanente, il se caractérise également par des anomalies particulières : Absence de cystocèle ou de rectocèle, col inséré trop bas sur la paroi vaginale antérieure par rapport à l'insertion postérieure, rétroversion modérée de l'utérus, profondeur exagérée du cul de sac de Douglas, etc...

A noter que les rétrodéviations très importantes par contre, ne s'accompagnent ni de prolapsus utérin, ni d'allongement du col puisque c'est le fond utérin qui venant buter contre le raphé médian, va suppléer la déficience du col comme élément de soutien.

Enfin au niveau du segment rectal du vagin on n'observe jamais de déplacement du canal anal mais, par contre, un bombement intravaginal du rectum correspondant à un processus herniaire relevant de la déficience des releveurs avec ou sans affaiblissement du noyau fibreux central.

Un dernier tableau doit être évoqué, celui des élytrocèles dont l'étude est très souvent liée à celle des prolapsus. Sans vouloir s'opposer à cette conception, il semble que certaines restrictions doivent être apportées, car une configuration anormale acquise ou constitutionnelle paraît nécessaire à la survenue d'un tel trouble. Sous l'action des pressions abdominales le cul de sac va s'élargir et se creuser jusqu'à aboutir à une véritable hernie de la paroi du Douglas dans l'espace limité par les ligaments utéro-sacrés.

Au-delà de ces lésions visibles avec le seul bon usage de l'oeil nu et du spéculum, il convient de rechercher les troubles associés mais méconnus car corrigés par le prolapsus lui-même. Bouilly en 1896 avait annoncé la notion de compétition entre les parties d'un prolapsus, et le colpocystogramme récemment l'a redémontré : Une saillie de l'une ou l'autre portion du vagin peut contenir à la manière d'un pessaire, telle autre zone du prolapsus qui ne s'extériorise donc pas. Ainsi une cystocèle importante peut masquer ou freiner une hystéroptose, de même une rectocèle importante. Certains prolapsus antérieurs et postérieurs associés peuvent camoufler une ptose utérine, tandis que l'inverse, bien que possible, sera moins fréquent.

Dans tous ces cas, il suffit de réduire à l'aide d'un doigt ou d'une valve l'élément supposé gêner, pour voir apparaître la lésion associée éventuelle. De plus, il est prudent de vérifier par une légère traction du col, à la pince Pozzi, l'état de sa suspension.

Enfin, l'examen clinique doit permettre d'apprécier l'état du plancher qui n'a de chance d'être intact que dans les rares cas de prolapsus de vierge (1 cas) ou de nullipare. Le toucher digital ano-vaginal permet, d'une part, de vérifier le noyau fibreux central du périnée, et d'autre part, de juger de l'épaisseur, de la tonicité des deux faisceaux des muscles releveurs de l'anus au repos. Les faisceaux élévateurs synergiques des adducteurs des cuisses seront appréciés lors d'un effort de retenir, sous adduction crurale contrariée, tandis que les faisceaux constrictors le seront lors d'un effort de retenir, cuisses écartées, puisque synergiques des obturateurs internes.

III - EXAMENS PARACLINIQUES

Avant toute intervention, le bilan clinique doit être complété par des examens paracliniques afin d'écarter tout processus malin, et surtout de préciser l'indication opératoire.

Le frottis cervico-vaginal

Il doit être exo et endo cervical et systématique, avant toute intervention sur la sphère génitale. Il sera complété d'un curetage biopsique en cas de doute ou de métrorragies, celles-ci étant rarement dues au prolapsus lui-même.

Les examens radiologiques

- Le colpocystogramme : classiquement, il doit faire partie du bilan pré-opératoire des prolapsus, surtout s'il existe une incontinence urinaire.

Technique : Cet examen consiste en un diagramme réalisé en reportant sur un calque les contours de la vessie, de l'utérus, du vagin et du rectum préalablement opacifiés et radiographiés. Les clichés sont faits debout et de profil, d'abord en effort de retenir puis de pousser.

Résultats :

- Vessie : le colpocystogramme permet de reconnaître les différents types d'incontinence urinaire d'effort chez la femme et montre trois types d'images :

Le type A. Il correspond à une vésicalisation de l'urètre antérieure et une vessie figée. "La malade perd ses urines par un large entonnoir". Cet aspect plaide en faveur d'un défaut isolé de l'élasticité de la suspension antérieure de la jonction uréthro-vésicale.

Le type P. Il correspond, quant à lui, à un déplacement de toute la vessie vers le bas et l'arrière. L'angle inférieur de l'image vésicale descend au-dessous de l'horizontale menée par le bord inférieur de la symphyse pubienne. Cette image, associée à une hystéroptose, est en faveur d'une détérioration isolée du système de suspension postérieur.

En fait, cette opposition apparaît trop schématique, et bien souvent les images obtenues sont de type mixte associant plus ou moins ces deux aspects.

- Utérus : Il subit un mouvement de translation vers le coccyx. A l'état normal, le col utérin ne descend pas au-dessous du niveau de la pointe du coccyx.

- Vagin : Il se déplace vers le bas et l'arrière. En effort de retenir il présente à sa partie moyenne un angle ouvert en arrière (le cap vaginal) qui disparaît à l'effort de poussée.

- Rectum : Le segment ano-rectal subit un déplacement global comparable à celui des autres viscères, mais de moindre amplitude et le cap anal ne s'efface jamais.

Bien que très riche en renseignements, cet examen reste exceptionnel en pratique courante. Il nécessite pour sa réalisation une équipe gynécologue-radiologue entraînée à ce genre d'examen, du temps, et surtout une coopération du malade rarement trouvée.

Pour ce qui concerne notre étude, cet examen n'apparaît dans aucune de nos observations et nous pensons qu'il doit être réservé aux cas litigieux et à l'étude de la physiopathologie des prolapsus.

- Urographie intra-veineuse

Plus facilement accepté, cet examen pourra être demandé de façon systématique chez les malades présentant une incontinence ou une cystocèle.

Les clichés concernant les voies hautes de l'appareil urinaire permettent de vérifier l'absence de foyer infectieux toujours possibles dans la mesure où les cystocèles favorisent les infections urinaires.

Les cystographies constituent les clichés les plus importants de cet examen. Ils seront effectués debout, en pré, per et post mictionnels.

Les deux premiers apportent les mêmes renseignements que le colpocystogramme. Quant au dernier, il précise l'importance du résidu.

Ces cystographies, dans le cadre de l'UIV semblent préférables aux examens pratiqués par voie rétrograde car elles évitent de faire courir le risque d'infection urinaire chez des femmes qui y sont déjà très sujettes.

- Hysterosalpingographie

Cet examen dont la réalisation ne pose pas de problème, peut apporter de nombreux renseignements. Hormis l'étude de la cavité utérine, il permet de mesurer l'allongement supra vaginal du col. Il permet d'autre part d'apprécier l'amplitude de la mobilité utérine. Pour cela, il convient de prendre le premier cliché en poussant sur la canule, puis un deuxième en tirant.

- Radiographie de la colonne lombo-sacrée

Cet examen permettra de vérifier l'état de la charnière lombo-sacrée et de dépister les éventuelles anomalies contre-indiquant une promonto-fixation.

TROISIEME PARTIE

ETUDE DE LA PROMONTO - FIXATION

I - PRINCIPE DE LA PROMONTO-FIXATION

A l'issue de l'étude précédente, on peut conclure à l'existence de deux grands types de prolapsus : ceux dits "par roulement" relevant essentiellement de la défaillance des éléments de soutien, et ceux dits "de pulsion" qui résultent d'une déficience de l'appareil de suspension.

La promontofixation ne peut être proposée comme thérapeutique qu'aux prolapsus de pulsion puisqu'elle consiste, par l'intermédiaire d'un matériel inerte, à refixer le mobile utérin au ligament prévertébral et à suppléer ainsi la déficience des lames sacro-génitales et de l'aileron utérin.

On aurait pu, comme certains auteurs l'ont proposé, procéder à un raccourcissement des ligaments utéro-sacrés distendus, mais ce serait à notre avis, surestimer leur qualité déjà altérée et faire courir un risque d'occlusion.

La suspension nouvelle permet non seulement de s'opposer à la ptose de l'utérus, du col restant ou du dôme vaginal après hystérectomie, mais encore elle favorise l'antéversion du corps utérin sans modifier de façon gênante la direction du vagin. De plus, elle corrige l'axe de poussée du mobile utérin en le ramenant vers le sacrum et le raphé ano-coccygien.

Cette dernière correction permet une régression de l'allongement ou de l'étirement du col et justifie la remise en bon état des éléments de soutien déficients sans la bonne qualité desquels toute promonto-suspension restera une cure insuffisante et transitoire.

Enfin, un temps antérieur par voie basse permet de resolidariser par quelques points de vagino-fixation isthmique, la vessie à l'axe génital, entraînant ainsi la correction, lors de la suspension du promontoire, de la cystocèle à l'hystéroptose et uniquement dans ce cas.

II - T E C H N I Q U E

Plus encore que dans les autres interventions, l'équipe chirurgicale doit être soucieuse de l'aseptie. Celle-ci doit être de type orthopédique étant donné l'existence de la fixation utérine au ligament prévertébral et on aura soin de préparer la malade par un traitement antiseptique local du vagin et cela d'autant plus qu'il y aura ouverture de celui-ci au cours d'une hystérectomie totale par exemple. Il est d'autre part préférable comme le recommande Gerbonnet, de n'utiliser pour la taille des bandelettes puis pour leur amarrage prédiscal que des instruments, aiguilles et fils jusque là indemnes de toutes manipulations et de veiller à éviter toute mise en contact du matériel d'amarrage avec un foyer.

A - LES HAMACS

Nous passerons rapidement sur le grand hamac décrit par Huguier et sur le hamac en deux pièces dont nous n'avons pas l'expérience. Il s'agit par ces montages de rétablir un soutènement suspension du col vésical, de la vessie, du col utérin et parfois du dome vaginal par l'intermédiaire d'une bandelette suspendue du promontoire au pubis. Le hamac, découpé en peropératoire pour être bien adapté à la vessie, comprend un triangle à sommet antérieur tronqué, prolongé par deux bandelettes antérieures et postérieures utilisées pour son amarrage.

1 - Le grand hamac

Après une ouverture médiane sous ombilicale descendant jusqu'au pubis et incision du péritoine pariétal, les espaces rétro-pubien et inter vésico-vaginal seront décalés très bas pour préparer la loge du hamac et son installation. Puis pour permettre le passage des bandelettes antérieures, on effectuera la traversée des lames vésico-vaginales à travers leur partie haute en prenant soin d'éviter la vessie et le vagin. C'est un temps délicat car très hémorragique et dont l'hémostase est toujours très difficile. Les bandelettes antérieures seront introduites par les orifices pratiqués, jusqu'à l'espace retro pubien à l'aide de fil-guides que l'on aura eu soin de passer avant, de façon à ce que la fourche antérieure soit en bonne place à la limite inférieure du col vésical. Puis on passera les bandelettes postérieures à travers les ligaments larges à hauteur de l'isthme utérin en zone vasculaire.

On procédera ensuite à l'amarrage antérieur, soit au niveau de l'origine des ligaments de Cooper, soit au niveau des muscles droits, en veillant à ce que la fronde reste bien ajustée. Trop sur le trigone, elle entraîne une barre transversale qui engendre une incontinence postopératoire ou un résidu post mictionnel. Trop bas sur l'urètre, elle le coude et entraîne une rétention d'urine. Trop en arrière, elle est attirée par sa fixation au promontoire et ne soutient donc plus le col. Enfin, on termine par l'amarrage postérieur au promontoire, associé à quelques points d'isthmopexie antérieur et postérieur selon la technique décrite plus loin.

2 - Le montage en deux pièces

C'est un procédé qui comporte un temps postérieur de suspension soutènement de la vessie et un temps antérieur destiné à épauler et à surélever

le col vésical.

Le temps postérieur de suspension-soutènement a pour objectif la correction de la ptose vésicale en réalisant une solidarisation vésico-vaginale solide grâce à une prothèse inerte placée entre les viscères auxquelles elle est rattachée. Le décollement vésico-vaginal est réalisé dans les mêmes conditions que précédemment sans cependant dépasser la limite supérieure du col. La prothèse adaptée au décollement sera fixée aux piliers vésicaux tandis que les bandelettes postérieures seront fixées comme dans le grand hamac.

Le deuxième temps consiste à suspendre le col vésical par deux bandelettes solidement fixées d'une part à la jonction vésico-urétrale et d'autre part après croisement à l'arc pubien. Ce temps nécessite comme dans le grand hamac de Huguier un décollement rétro pubien mais par contre évite le passage à travers les lames vésico-vaginales et en élimine les difficultés.

B - LA PROMONTO-FIXATION PROPREMENT DITE

Elle consiste à suspendre l'axe génital au promontoire par l'intermédiaire d'un matériel synthétique. Ce matériel de suspension est très variable suivant les écoles. Pour notre part, les premières hystéropexies au promontoire furent réalisées avec deux gros fils de nylon cablé (cas 3 - 5 - 6 - 22 - 50 - 56). Actuellement nous préférons la suspension par bandelette de tergal qui permet d'obtenir une résistance identique sans passer de fils de gros calibre dans le surtout ligamentaire du disque. Il s'agit d'une bandelette de mersilène d'environ deux cm de large dont la trame permet une certaine élasticité dans le sens longitudinale. Elle a pour intérêt de ne pas tendre la suspension ce qui engendrerait d'intenses douleurs. Parfois, compte tenu de la grande mobilité utérine qui permettait l'ascension sans difficulté de l'organe au contact du promontoire, il a été possible de réaliser la fixation directe sans bandelette (cas 4 - 15 - 42 - 51).

Certains auteurs préconisent l'emploi de la peau totale fraîche comme bandelette d'amarrage; pour notre part, nous ne l'avons utilisée qu'une fois (cas n° 2) et nous préférons en général, moins à cause du risque septique qu'elle fait courir qu'à cause du risque de résorption des bandelettes cutanées, le ruban synthétique dont la stérilisation est en outre plus sûre.

René et Lord proposent pour leur part le fil d'acier, mais son usage ne va pas semble-t-il sans faire causer le risque de section de l'isthme et sans contre indiquer toute radiothérapie ultérieure éventuelle.

a) Recherche du promontoire

Bien qu'en principe facile, elle peut parfois présenter des difficultés du fait par exemple d'un méso-sigmoïde plus épais que normalement (cas n° 38) ou d'une bifurcation aortique ou cave. A l'aide d'une valve, il faut dégager sur la gauche le colon sigmoïde en prenant soin de la racine primitive du méso sigmoïde avec le pédicule mésentérique inférieur puis identifier les éléments nobles à ménager : Uretère droit et gros vaisseaux parmi lesquels la veine iliaque primitive gauche, enfin repérer l'angle que forme l'articulation du corps de la 5ème lombaire avec le sacrum. C'est à ce niveau que l'on pratique une incision médiane

verticale du péritoine pariétal d'environ 3cm pour aborder, après dissociation au ciseau et isolement des éléments du plexus présacrés, le surtout fibreux recouvrant le ligament prévertébral commun antérieur qui à ce niveau se réduit à la bandelette présacrée. Cet abord peut parfois être gêné dans sa réalisation par les vaisseaux sacrés. Ils peuvent être ligaturés sans inconvénients, mais il est possible plus simplement de resséquer toute la lame présacrée entre deux ligatures au catgut 0 après l'avoir chargée sur un dissecteur (7 cas 2 - 5 - 23 - 22 - 31 - 53 - 56).

b) Amarrage du matériel au ligament prévertébral

On le fait à l'aide de trois fils nylon (n° 2) sertis courbe passés au porte aiguille à travers le tissu fibreux prédiscal dans un plan horizontal. Ce geste doit être fait avec beaucoup de précaution de telle sorte que les aiguilles durant tout leur cheminement soient presque "vues" par transparence à la façon d'un faux filage. Ceci doit permettre de ne pas blesser le disque qui ne doit en aucun cas être perforé puisque sans défense contre la moindre inoculation.

Pour chaque passage de fils, il convient de s'assurer de la solidité d'amarrage par une forte traction. Cette précaution diminuera le risque de désinsertion de la suspension (1 cas).

Enfin, il est possible et souhaitable de pratiquer la fixation légèrement plus bas que le promontoire jusqu'au niveau de S1 - S2. Au delà, et bien que la fixation au niveau de S3 permettrait un rétablissement normal de l'anatomie, l'abord devient très difficile et surtout le revêtement fibreux très insuffisant. En fait, le niveau de l'amarrage dépend de l'expérience de l'opérateur mais aussi de la disposition du sacrum, du promontoire, de la profondeur de la cavité sacrée, etc...

Dans notre service, nous avons 46 pexies au niveau du promontoire

- 5 au niveau de S1 (cas 13 - 31 - 36 - 46 - 49)

- 4 au niveau de S2 (cas 17 - 26 - 34 - 38)

c) Amarrage de l'élément ptosé

Le premier procédé consiste à utiliser un filet de tergal que l'on aura pris soin de découper en forme de fourche à deux branches. Les deux bandelettes antérieures seront passées à travers les ligaments larges en zone avovasculaire pour être amarrées par 3 points dans la région antérieure de l'isthme. Ce procédé, utilisé six fois dans l'étude (cas 19 - 17 - 32 - 39 - 40 - 49) force l'antéflexion et constitue une sécurité supplémentaire.

Le deuxième procédé est plus direct et semble meilleur car plus simple et moins risqué. Les fils sont amarrés dans le "torus utérinum" qui correspond à la région où le péritoine recouvrant les ligaments utéro-sacrés semblent venir mourir sur l'utérus". Il s'agit là d'une région propice à la fixation car constituée de tissu fibromusculaire serré. Les fils seront passés soit à l'aide de l'aiguille de Reverdin, soit avec des aiguilles serties. Il convient dans ce

geste d'éviter d'être très superficiel car peu solide, ou d'être trop profond car proche de la cavité utérine et faisant causer un risque septique. C'est ce procédé qui fut le plus utilisé dans notre étude (11 cas).

Après hystérectomie sub-totale, c'est le moignon cervical qui sera suspendu au niveau du promontoire tandis que, après hystérectomie totale, ce sera le dome vaginal. Il faudra prendre soin d'écarter la vessie et préférer aux points transfixiants des points faufiletés dans la région la plus résistante des vestiges des ligaments utéro-sacrés ou du domaine vaginal.

Enfin, on procède pour terminer la suspension au serrage des fils au niveau du promontoire. Ils seront pour cela noués progressivement tandis que l'aide attire l'utérus en direction du promontoire aidé en cela par la laxité des tissus qui conditionne le prolapsus. L'utérus doit se fixer comme "un tableau à un mur" Nölle.

d) La péritonisation

Dernier temps important de cette intervention, la péritonisation. Elle devra être soigneuse car de sa qualité dépend un certain nombre de complications.

En effet, l'intervention réalise un couloir de chaque côté de la bandelette, ou des fils, qui serait un lieu d'engagement du grêle si on ne prenait soin de les fermer par une péritonisation sérieuse dont la technique est là encore variable suivant les écoles.

Améline et Huguié proposaient de fermer le couloir de droite au fil non résorbable en accollant le péritoine de la face postérieure du ligament large à celui de la margelle du bassin. Puis le catgut leur a paru préférable car moins apte à déchirer secondairement le péritoine.

Bret et Bardiaux reprochent à cette technique l'accollement de deux surfaces péritonéales qui gardent leurs propriétés physiologiques de glisser l'une sur l'autre. Ils ont pour leur part recours d'abord à une incision, du péritoine sur tout le pourtour du côté droit du petit bassin puis à la suture de la lèvre supérieure du péritoine ainsi libérée, à la face postérieure du ligament large avec un fil résorbable.

Pour notre part, nous avons surtout pratiqué l'adossement du flanc droit du recto sigmoïde au péritoine pelvien dans le sens antéro postérieur à l'aide d'un surjet au fil non résorbable tel que le lin.

Bien entendu, le recto sigmoïde sera fixé par l'intermédiaire de sa bandelette antérieure et ne sera jamais perforé. Enfin, il doit être parfaitement à l'aise après la péritonisation.

Si une hystérectomie totale ou sub-totale est associée à la promonto-fixation, il est possible de faire quelques points de solidarisation avec le péritoine sus vésical (1 cas N° 79).

On retient également dans notre étude un cas où la béance du Douglas a nécessité une dougласsectomie large et un cas où la péritonisation fut réalisée par l'adossement du ligament utéro sacré droit et du bord droit du recto sigmoïde.

Enfin, à signaler que certains auteurs ne ressuturent pas l'incision du péritoine présacré pour permettre un drainage éventuel vers le cul de sac de Douglas. Pour notre part et bien que nous ne l'ayons pas fait pour les cas 26 et 32, nous préférons péritoniser dans tous les cas pour supprimer toute possibilité d'occlusion du grêle sur une zone dépéritonisée.

Avant de terminer ce paragraphe concernant la péritonisation, nous signalons le procédé de Seneze mis au point pour la faciliter.

Il consiste à prolonger l'incision péritonéale cervicale très profondément vers le bas repérant bien l'axe digestif à gauche et le trajet de l'uretère droit, en direction de la racine utérine du ligament utéro sacré droit. Cette incision est facilitée par une traction antérieure et supérieure de l'utérus qui en dessine le trajet et si l'on prend la précaution d'attirer peu à peu le péritoine vers le bas à l'aide de pinces type Palmer. Seule la partie juxta-utérine de l'incision demande quelque attention car il faut bien décoller le péritoine avant d'inciser si l'on veut éviter la blessure de petites veinules dont la ligature sera d'ailleurs sans problème. Cette technique permet de fixer les fils de pexie à l'isthme sous la péritonisation. Seul le noeud de serrage sera extra-péritonéal car l'auteur laisse les deux chefs du fil libres pendant la phase de péritonisation. Il n'effectue le serrage que secondairement, à la demande et sans faire ascensionner exagérément l'utérus. On a l'impression ainsi de constituer un très solide ligament utéro-sacré droit sans qu'il en résulte selon Seneze une asymétrie utérine sérieuse et gênante.

C - LES GESTES ASSOCIES A LA PROMONTO-FIXATION

La promonto-fixation dont nous venons d'envisager la technique ne suffit pas toujours au traitement des prolapsus de pulsion. Dans un certain nombre de cas elle doit être complétée de gestes par voie basse pour rendre aux éléments de soutien déficients une tonicité satisfaisante.

a) Périnéorraphie antérieure

Elle comporte une incision vaginale de Grossen en T inversé, sous méatique jusqu'au col utérin. Puis dissection vésico-vaginale et refoulement au doigt de la vessie complétés de la ligature des piliers vésicaux. Il est possible alors de solidariser par quelques points en U la vessie à la muqueuse vaginale et à l'utérus au niveau de son isthme. Ce procédé fondamental à notre avis, reforme le cul de sac vésico isthmique et maintient l'antéflexion utérine. Enfin, capitonage sous vésical et sous urétral à la façon de Marion. Ce geste doit être fait avant le temps abdominal, de telle sorte que la promonto-fixation amarre l'ensemble utérus-vagin-vessie.

b) Périnéorraphie postérieure

Elle débute quant à elle par une incision cutanéomuqueuse de la fourchette. Puis dissection vagino-rectale jusqu'aux releveurs, section des piliers du rectum et hémostase. Enfin dissection des releveurs que l'on suture par un point en U, puis deux, puis trois et quatre points sur leurs bords anté-

rieurs créant ainsi un coin périnéal solide. On termine par une suture du plan musculo-aponévrotique superficiel et un simple rapprochement muco-cutané au niveau de la fourchette.

III - DEVENIR DE LA PROMONTO-FIXATION DES ORGANES PELVIENS

Le système de soutènement n'est pas très modifié par une promonto-fixation normale et tout au plus les fibres des releveurs subissent un léger étirement sans pour autant modifier le raphé médian, ce qui justifie, dans l'immense majorité des cas, un temps associé de périnéorrhaphie postérieure.

Le système de suspension par contre est davantage modifié puisque le filet de tergal (ou les fils de suspension) prend le relais des ligaments utéro-sacrés. Ce néo-ligament diffère des lames sacro-recto-génito-pubiennes du fait de sa direction qui se rapproche, au maximum, de S2 et de ses rapports périto-néaux. Cette modification a fait dire que la promonto-fixation n'était qu'un pis-aller.

Pour ce qui concerne les organes sur lesquels agit l'hystéropexie au promontoire, on observe que la position de l'utérus est modifiée du fait de son ascension qui peut parfois conduire le col au contact du promontoire et du fait de sa mobilité qui devient plus limitée. Il conserve par contre son anté-version et une antéflexion normale.

Le vagin, quant à lui, change de direction, devient plus oblique et prend une inclinaison plus postérieure. Cette modification n'entraîne cependant ni gêne, ni dyspareunie.

Enfin, la vessie, solidaire du vagin et du col utérin (ou solidarisée par la périnéorrhaphie antérieure), prend la forme d'une cupule étalée sur le vagin et attirée en arrière.

Pour ce qui est du ligament prévertébral et de la charnière lombo-sacrée, ils sont devenus le système de suspension de l'utérus qui s'y fixe "comme un tableau sur un mur". Quant au matériel de suspension, il est rapidement entouré d'une réaction fibro conjonctive qui lui permet de jouer le rôle d'un véritable néo ligament. Ces éléments subiront donc les tiraillements permanents d'une force non négligeable pouvant parfois entraîner certains troubles. Ceci nous conduit à envisager les complications théoriques de la promonto-fixation.

IV - COMPLICATIONS THÉORIQUES DE LA PROMONTO-FIXATION

Les complications propres à la promonto-fixation sont peu variées, rares, souvent bénignes mais pouvant parfois devenir dramatiques.

Nous passerons rapidement sur les abcès de paroi, les éventrations, les troubles thrombo-emboliques car ils ne sont pas directement liés à l'hystéropexie et ne sont pas plus fréquents que d'habitude dans ce type d'intervention.

- Les Lombalgies

Elles constituent un trouble important. Il faut savoir cependant que les seules lombalgies ne suffisent pas pour incriminer d'emblée la promonto-fixation. L'intervention peut n'être responsable que par le déséquilibre vertébral résultant de l'affaiblissement post opératoire des haubans rachidiens antérieurs que sont les muscles abdominaux et qu'une kinésithérapie bien conduite améliorera rapidement. Certains autres lombalgies semblent dues à la perforation du ligament prévertébral et à la traction qu'il supporte. D'autres par contre témoignent d'une spondylarthrose tantôt révélée par l'intervention, car elle est banale à l'âge adulte surtout au niveau de la charnière lombo-sacrée, tantôt aggravée par une mauvaise tolérance qui accentue par exemple une hyperlordose préexistante. Elle se traduit par des douleurs épisodiques à type de lombalgies ou de lombosciatalgies L5 S1 sans signes généraux ni inflammatoires. L'examen radiologique parfois normal peut cependant montrer un pincement discal et des signes spécifiques d'arthrose.

- La Spondylodiscite

Elle constitue sans aucun doute l'aspect le plus dramatique et la plus redoutée des complications inhérentes aux promonto-fixations. Elle apparaît dans un délai de 4 à 6 semaines et se présente sous la forme d'un tableau infectieux avec altération importante de l'état général, température, hyper leucytose, vitesse de sédimentation accélérée, associée à des douleurs à type de lombalgies et de lombo-sciatalgies aiguës qui entraînent une impotence totale. Il existe parfois une suppuration au niveau du foyer qui peut s'extérioriser par une fistulisation au vagin, donnant une leucorrhée purulente. Les signes radiologiques sont plus tardifs et montrent, deux à trois semaines après le début des troubles, un pincement des disques L5 S1 associé à un aspect ostéoporotique et pom-melé du corps de L5.

Si les spondylodiscites peuvent être en rapport avec une intolérance du tissu discal au matériel de suture et de suspension, elles restent le plus souvent dues à une faute, ce qui est d'autant plus regrettable. Une telle complication pourrait être évitée en prenant soin à l'asepsie des gestes et du matériel en s'appliquant à faire une hémostase parfaite de la région présacrée, en n'effectuant pas de points transfixiants le vagin sans préparation de ce dernier, en prenant garde de ne pas blesser le disque...

Devant un tel tableau, le traitement médical doit d'abord être tenté. Il associera une immobilisation plâtrée à un traitement antibiotique et anti-inflammatoire. Ce n'est qu'en cas d'échec que l'on devra réintervenir pour ablation du matériel de suspension et curetage des tissus nécrosés suivi d'une greffe antérieure par encastrement.

Une telle complication, aussi dramatique soit-elle ne doit cependant pas condamner le procédé car elle reste rare. Pour sa part, Judet, sur 193 hystéropexies signale un cas, comme Huguier d'ailleurs sur 200 interventions, tandis que Noël en signale 1 sur 81 et Bouvet aucune sur 149 promonto-fixations.

- L'Occlusion

Si le rachis constitue la première source de complications, le second danger vient de l'intestin. La moindre faille dans le péritoine va permettre l'engagement d'une anse grêle et constituer une occlusion.

Un tel incident peut provenir d'une malfaçon de la péritonisation mais aussi d'une rupture de l'insertion haute de la bandelette laissant un trou entre la péritonisation et le promontoire. Le tableau est classiquement aigu mais peut être sournois, par exemple sous forme de sub occlusion à rechute, sans signes radiologiques évidents.

A signaler d'autre part que l'excès de correction entraîne une extension vaginale incongrue et souvent une gêne à la charnière rectosigmoïdienne cause de stase fécale avec rétention d'amont et que d'autre part l'excès de péritonisation peut provoquer une sub occlusion par sténose du rectosigmoïde.

- Les Récidives

Pour ce qui concerne les récidives, il faut distinguer la rareté des échecs directs de la suspension utérine et la rareté un peu moindre des échecs indirects et partiels sous forme de celpocèle antérieur avec cystocèle et dues aux gestes complémentaires parfois insuffisants (5 à 10%). Elles peuvent se manifester également sous forme d'incontinence urinaire qui peut provenir soit de la persistance d'une cystoptose par correction insuffisante lors de la promonto-fixation, soit dans le cas d'un hamac de soutènement par fibroses périurétrocervicale entraînant une perte de souplesse contrariant le dynamique physiologique. Quelques véritables récidives d'hystéropexies après hystéropexie postérieure ont été cependant rapportées. Elles sont toujours consécutives à une désinsertion soit haute au niveau du ligament prévertébral lorsque les fils ont été passés trop superficiellement, soit basse au niveau de l'isthme ou du moignon de col par effet de section, du fil dans un tissu vivant.

Nous signalerons enfin que comme après toute intervention qui comporte un geste sur la région cervico-urétrale, il est possible d'observer après la mise en place de hamacs de soutènement, des rétentions d'urine post opératoire estimée à 6% et nécessitant une réintervention deux fois sur trois.

V - PROMONTO-FIXATION ET GROSSESSE

Si le prolapsus est un trouble essentiellement de la femme ménopausée, il n'épargne pas pour autant les autres, ce qui nous oblige à envisager la compatibilité : grossesse-promonto-fixation.

Il ne semble pas que le retentissement soit tellement à redouter tant du point de vue de la grossesse que de celui de l'accouchement. S'il y a quelques années les partisans de la césarienne systématique étaient les plus nombreux, il semble qu'actuellement la tendance soit à l'accouchement spontané. Dans la thèse de Dayot, Hervé rapporte cinq grossesses chez des femmes opérées pour rétroversion par promonto-fixation. L'évolution fut normale, à l'exception d'une où la femme a présenté une occlusion par bride au deuxième mois, sans douleur ni anomalie de la contractibilité, de la dilatation ou de l'accommodation foetale.

Après l'accouchement, le résultat obtenu n'a pas été remis en question. Par contre, Batut, dans sa thèse inspirée par Huguier, rapporte des récurrences sous forme de cystocèle après quatre cas de grossesses et d'accouchements normaux.

L'isthmopexie postérieure ne justifie donc pas d'une stérilisation tubaire car ne contre-indique nullement une grossesse. Si, chez les femmes traitées par ce procédé pour rétrodéviations utérines, l'accouchement spontané semble sans danger, il paraît par contre plus sage, pour celles traitées pour prolapsus, de préférer une césarienne prophylactique compte tenu du risque de récurrence et des difficultés de traitement ultérieur qui s'opposent à la banalité des accouchements par voie haute.

QUATRIEME PARTIE

A - NOS INDICATIONS

Pour très satisfaisant que soit le principe de cette intervention dans la thérapeutique de certains prolapsus, il convient cependant de ne pas oublier que dans ce domaine, aucun risque vital ne doit être pris pour traiter une affection bénigne, essentiellement fonctionnelle et que la réintégration de la vessie et de l'utérus dans l'excavation pelvienne, de règle avec la promonto-fixation, ne paraît pas indispensable pour assurer aux opérées le confort recherché. Mais en 1970 le congrès de chirurgie a nettement montré, en rapportant 233 récidi- ves sur 1000 prolapsus opérés, soit 1/4, que cette affection ne devait pas être traitée à l'économie. Ceci nous amène à préciser les indications de cette intervention qui ne constitue pas, comme le rappelle souvent Huguier, "une méthode en soi", mais simplement un temps opératoire correspondant à une hystéropexie qui ne dispense pas des autres gestes, en particulier par voie basse, s'ils sont nécessaires.

Comme nous l'avons déjà écrit, la promonto-fixation ne doit pas être appliquée à tous les prolapsus génitaux et ne peut concerner que ceux résultant d'une déficience de l'appareil de suspension. Pour notre part, nous ne l'avons pratiquée que dans 54 cas et indiquée 56 fois sur les 270 deniers prolapsus traités chirurgicalement dans le service, soit dans 20 % des cas.

Ce procédé fut utilisé dans le traitement de prolapsus vaginaux sans lésions associées, mais aussi après hystérectomie, dans les récidi- ves, enfin dans certains cas particuliers.

I - LES PROLAPSUS VAGINAUX SANS LESIONS ASSOCIEES

Seuls les prolapsus de pulsion peuvent bénéficier de l'hystéropexie postérieure, complétée si nécessaire de gestes par voie basse tendant à rétablir un appareil de soutien correct lorsqu'il est également déficient. C'est également l'indication du temps médian de l'opération de Shirodkar qui, remettant en tension des ligaments utéro-sacrés par voie basse, réalise une véritable promonto-fixation naturelle. En fait l'hystéropexie postérieure est indiquée chaque fois que les ligaments utéro-sacrés sont gravement déficients. Comme l'a dit Anglade lors de la journée des chirurgiens de Paris du 11 Juin 1977, la seule façon de trancher entre une promonto-fixation et le temps médian de l'opération de Shirodkar, lorsque l'utérus est de volume normal, est de réaliser une coelioscopie en début d'intervention.

L'utérus étant placé en antéversion forcée par un tuteur mis en place par voie basse (hystéromètre ou bougie de Hégar) l'état des utéro-sacrés est vérifié de visu :

- S'ils sont corrects, on choisit le temps médian de Shirodkar.
- S'ils sont invisibles ou laminés et distendus, on préférera la promonto-fixation.

L'hystéropexie du promontoire permet d'autre part et dans bien des cas la correction en même temps que l'hystéroptose de la colpocystocèle lorsqu'elle lui est solidaire et par voie de conséquence la guérison de l'éventuelle incontinence lorsqu'elle est due à la simple ptose vésicale (type P du colpocystogramme). S'il n'existe plus de solidarité entre les deux organes, il est possible de la rétablir en effectuant par voie basse associée quelques points de vagino-fixation isthmique qui reconstituent également le cul de sac antérieur.

Les prolapsus vaginaux pouvant bénéficier de la promonto-fixation peuvent se présenter sous la forme d'hystéroptose isolée ou en association avec une cystocèle ou une rectocèle.

a) L'hystéroptose isolée

Elle est définie par la mobilité anormale et la descente plus ou moins importante du col sans autres troubles associés.

Trois cas répondent dans notre étude à ces critères :

- Cas n° 23 : L'âge de la malade (33 ans), le désir d'une grossesse et l'existence d'une rétroversion a fait choisir la promonto-fixation comme procédé de traitement.

- Cas n° 47 : Il s'agissait au départ d'une indication de type Shirodkar, mais la découverte en per opératoire de l'absence d'utéro-sacrés a fait indiquer une promonto-fixation.

- Cas n° 55 : Très impressionnante hystéroptose chez une femme de 70 ans qui présentait une évagination totale du vagin sec et kératinisé. Aucun trouble n'était associé puisque c'est une petite ulcération du col qui inquiéta la malade et la fit consulter.

Hormis le cas 47, aucun de ces prolapsus n'a nécessité de gestes complémentaires par voie basse.

b) Hystéroptose associée à une cystocèle

Nous retrouvons dans notre étude 16 malades présentant cette association. Il s'agit des cas : 6, 7, 18, 19, 20, 30, 35, 39, 40, 42, 44, 45, 46, 49, 50, 51.

Sur les 16 cas, la vessie a été estimée solidaire dans 10 cas dont un où la vésico-fixation avait été pratiquée lors d'une première cure de prolapsus (39).

La fixation n'a donc été pratiquée associée à une périnéorrhaphie antérieure que dans 5 cas (6, 7, 18, 20, 46).

Les périnés postérieurs ont été pour leur part jugés satisfaisants dans la plupart des cas, puisque seuls les cas 6, 7 et 46 ont nécessité un geste complémentaire les concernant.

A signaler que dans les cas 7, 30 et 39 il s'agissait de ptose du col restant.

c) Prolapsus complet

On ne trouve que trois cas (5, 10, 15) dont un (5) correspondant à une récursive.

Le cas n° 10 présentait de surcroît un col très augmenté de volume et infecté qui a nécessité une amputation.

Le cas n° 15 est un prolapsus complet d'un col restant.

Hormis le cas n° 15 qui présentait une vessie et un rectum solidaires de l'hystéroptose, les deux autres cas ont bénéficié d'une périnéorrhaphie antérieure et postérieure.

2 - LES PROLAPSUS VAGINAUX APRES HYSTERECTOMIE TOTALE OU SUB TOTALE

L'hystérectomie totale ou sub totale supprimant la chicane de l'antéversion, le col restant ou le dôme vaginal a tendance à se mettre dans l'axe du vagin. Or c'est sur eux que s'applique la force de poussée abdominale, la masse utérine n'étant plus là pour disperser les forces appliquées sur sa plus grande surface. La coïncidence exacte des forces de pulsion et de la voie de déplacement du col va entraîner de ce dernier un mouvement de piston qui épuisera vite l'appareil de suspension s'il est déjà lésé. C'est pourquoi s'impose une néo suspension solide que seule la promonto-suspension est capable d'assurer, d'autant plus que les ligaments utéro-sacrés sont ici inutilisables.

Cette catégorie constitue 53% de notre étude avec 30 cas sur 56 malades. On ne retrouve que deux cas avec l'hystérectomie totale car l'hystérectomie sub totale après vérification du bon état anatomique et cytologique du col sera toujours préféré.

a) Après hystérectomie totale

Les malades ayant subi une hystérectomie totale sont les cas n° 13 et 38.

- Cas n° 13 : Il s'agissait d'une malade présentant une endométriose résistante au traitement médical et traitée par annexectomie bilatérale et hystérectomie totale associée à une cystocèle, bien corrigée par la promonto-fixation, profitant de la voie d'abord abdominale.

- Cas n° 38 : Malade présentant un utérus fibromateux de la taille d'un melon, avec muqueuse utérine hypertrophique, associée à une cystocèle et légère hystéroptose.

b) Après hystérectomie sub totale

Les malades ayant eu une hystérectomie sub totale sont constituées des cas : 1, 2, 3, 4, 8, 11, 12, 16, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 34, 37, 41, 48, 52, 53, 54, 56.

- 7 cas comportaient une hystéroptose associée à un utérus fibromateux et à une cystocèle.

Le cas n° 34 associait également une rétroversion. 4 cas ont nécessité une périnéorrhaphie antérieure (2, 4, 21, 34), et 2 ont nécessité également une périnéorrhaphie postérieure complémentaire (2, 4).

- 3 cas comportaient une hystéroptose, un utérus fibromateux, une cystocèle et une rectocèle (26, 16 et 48).

Contrairement aux cas 26 et 16, le cas 48 n'a eu en plus de l'hystérectomie sub totale et de la promonto-fixation, qu'un temps postérieur car la cystocèle était très bien réduite et l'angle vésico-cervical bien conservé par l'ascension du col restant.

La périnéorraphie postérieure du cas 26 fut difficile du fait du mauvais état des releveurs scléreux et cicatriciels.

- 8 cas présentaient en plus d'un utérus fibromateux des troubles urinaires à type de cystocèle ou d'incontinence (3, 29, 8, 11, 22, 54, 56, 25).

Seuls les cas 11 et 22 ont nécessité une périnéorraphie postérieure complétée pour le cas n° 11 d'une périnéorraphie antérieure avec vésico-fixation.

- 3 cas ne présentaient qu'un utérus fibromateux (1, 12, 52).

Cas n° 1 et 12 : Il s'agissait de femmes ayant déjà subi une cure de prolapsus.

Cas n° 52 : Il s'agissait d'une femme très jeune ayant un très gros fibrome.

- 2 cas comportaient un utérus fibromateux associé à une cystocèle et à une rectocèle (24, 41).

Ils eurent en complément de la promonto-fixation une périnéorraphie antérieure et postérieure.

- 1 cas présentait des métrorragies inexplicables associées à une hystéroptose modérée qui a d'abord fait indiquer l'hystérectomie sub totale puis la promonto fixation comme traitement du prolapsus (cas n° 43).

3 - LES PROLAPSUS VAGINAUX ASSOCIES A UNE LESION INTRAPELVIENNE NECESSITANT UN GESTE PAR VOIE HAUTE

Ce sont les prolapsus associés à une lésion bénigne (kyste de l'ovaire, lésion annexielle, etc...) qui d'une part nécessitent une intervention par voie abdominale et qui d'autre part ne nécessitent pas de gestes opératoires en milieu septique. De tels prolapsus résultant d'une déficience de l'appareil de suspension devraient, profitant de la voie d'abord abdominale, bénéficier d'une promonto-fixation.

Ce fut le cas pour deux malades (n° 17 et 32).

- Cas 17 : Il s'agissait d'une malade âgée qui présentait un volumineux kyste ovarien associé à une ptose uro-génitale.

- Cas n° 32 : C'était au départ une indication pour fibrome pédiculé associé à une cystocèle. En per opératoire, il fut découvert un utérus normal mais très mobile et associé à un kyste ovarien et une ptose vésicale.

4 - RECIDIVES DE PROLAPSUS VAGINAUX

La promonto-fixation est un procédé très adapté au traitement de la plupart des récidives de prolapsus. Il s'agit surtout des récidives tardives dites "récidives de la patiente" car elles sont le plus souvent pluri segmentaires, témoignant d'une défaillance globale des tissus qui justifie d'un amarrage solide. Les récidives précoces "récidives du chirurgien", le plus souvent dues à un défaut de tactique opératoire doivent également être traitées par pexie au promontoire lorsqu'elles se manifestent sous forme d'élytrocèle.

Notre série comporte 11 récidives traitées par ce procédé.

Cas 1, 5, 9, 12, 28, 33, 35, 36, 39, 44, 56.

- Cas 1 : Il s'agissait d'une femme ayant déjà eu deux cures de prolapsus 10 ans et 7 ans auparavant et sur lesquels nous n'avons pas trouvé de renseignements. Elle présentait un fibrome nécessitant une hystérectomie subtotale et il a été décidé de pratiquer une promonto-fixation pour éviter un prolapsus secondaire.

- Cas n° 5 : Femme de 47 ans qui avait subi une périnéorraphie postérieure à 20 ans auparavant, après un accouchement très difficile et compliqué d'une déchirure. Elle présentait un prolapsus complet qui nécessita en plus de la promonto-fixation, une périnéorraphie antérieure et postérieure.

- Cas n° 9 : Il s'agit d'une "récidive du chirurgien" chez une femme ayant une périnéorraphie antérieure 1 mois avant et qui présente une hystéroptose associée à une incontinence.

- Cas n° 12 : Jeune femme de 38 ans ayant subi une intervention pour prolapsus quelques années auparavant, sur laquelle nous n'avons pas retrouvé de détail.

Cette femme présentant un utérus fibromateux nécessitant une hystérectomie sub totale, la promonto-fixation fut indiquée dans le but de prévenir une récidive.

- Cas n° 28 : Malade ayant déjà eu une périnéorraphie antérieure et une pexie antérieure qui avaient apporté une nette amélioration durant 10 mois. Puis elle bénéficia d'une opération de Shirodkar, enfin d'une promonto-fixation deux mois après car il persistait une hystéroptose.

- Cas n° 35 : Femme de 54 ans ayant subi une périnéorraphie antérieure associée à une pexie antérieure et qui présente un an après une volumineuse élytrocèle avec un prolapsus uro-génital du 4ème degré.

- Cas n° 36 : Personne de 35 ans ayant déjà eu une périnéorraphie antérieure et qui présente un an après une hystéroptose très importante avec un kyste de l'ovaire.

- Cas n° 39 : Même cas que précédemment, mais la périnéorraphie remonte à 6 ans.
- Cas n° 44 : Il s'agit d'une malade âgée de 73 ans qui bénéficia 11 ans auparavant d'une intervention de Shirodkar et qui présente à nouveau une hystérop-tose très importante.
- Cas n° 56 : Malade de 47 ans ayant déjà subi une ventro-fixation utérine et qui présente une récurrence avec une cystocèle et une incontinence associées à une fibro-matose utérine nécessitant une hystérectomie sub totale.

5 - INDICATIONS PARTICULIERES

a) L'élytrocèle

La volumineuse élytrocèle qui s'apparente aux hernies par glissement doit également bénéficier d'une promonto-fixation. Celle-ci ne sera cependant pratiquée qu'après avoir effectué un temps vaginal qui permet d'amorcer la dissection de la hernie. Le simple temps périno-vaginal suffit à certains auteurs dans la mesure où ils parviennent à reséquer le sac et à fermer le collet. Cette attitude ne nous satisfait pas totalement puisqu'elle ne permet pas de traiter l'anomalie de départ.

Un seul cas présentait, dans notre étude, une élytrocèle (cas n° 35).

Cas 35 : Il s'agit d'une femme qui avait subi, un an avant l'apparition de ce trouble, une hystéropexie abdominale. Il s'agit d'un cas typique sur le plan étiologique.

b) Les rétroversions

Il serait tentant, devant les bons résultats et les avantages sur la statique utérine, d'utiliser ce procédé pour traiter les rétroversions comme le préconise Hervé dans la thèse de Dayot. Cet auteur rapporte en effet que si ce procédé ne nuit nullement au déroulement d'une grossesse ultérieure, il peut par contre permettre la guérison de la stérilité consécutive à une rétroversion importante. Bien que nous l'ayons utilisé une fois pour une récurrence (cas n° 27) nous pensons que la pexie prédiscale reste un procédé disproportionné avec le trouble à traiter, et dont la rareté des complications ne doit cependant pas faire oublier la gravité.

6 - PROMONTO - FIXATIONS N'AYANT PU ETRE REALISEES

Deux indications ont dû être changées en per opératoire. Il s'agit des cas 14 et 37.

Cas n° 14 : Il s'agissait d'une indication pour hystéroptose associée à une cystocèle et à un utérus fibromateux nécessitant une hystérectomie sub totale.

En per opératoire, découverte d'un très vaste Douglas. L'opérateur se contente d'une exclusion ouverte du Douglas à la façon de Toyer-Rozat complétée d'une périnéorraphie postérieure.

Cas n° 37 : Il s'agissait d'une indication pour hystéroptose associée à une rectocèle et à un utérus fibromateux.

Il était prévu une périnéorraphie antérieure et postérieure avec promonto-fixation après hystérectomie sub totale.

En per opératoire, découverte d'une virale du rectum qui fait abandonner la pexie et la périnéorraphie postérieure afin de ne pas bloquer le petit bassin et éviter de gêner une éventuelle intervention ultérieure.

Ces deux observations confirment l'importance des examens pré opératoires et en particulier la coelioscopie dans un premier temps de l'intervention.

NOS INDICATIONS

N° Dossier	Cystocèle	Incontinence	Hystéroptose	Rétroversion	Rectocèle	U.fibromateux
1						x
2	x		3			x
3	x					x
4	x		3			x
5	x		1		x	
6	x		1	x		
7	x		2			
8	x					x
9			1	x		
10	x	x	1		x	
11		x				x
12						x
13	x					
14	x		2			x
15	x	x	2		x	
16	x	x	1		x	x
17	x		0			
18	x		3			
19	x		3			
20	x		3			
21	x	x	2			x
22	x	x				x
23			3			
24	x				x	x
25	x	x				
26	x		1		x	x
27				x		
28	x	x	3			x
29	x					x
30	x		1			
31	x		3			x
32	x					
33			1			
34	x		2			x
35	x		3			
36			3			
37	x				x	x
38			1			x
39	x		3			
40	x		3			
41	x				x	x
42	x		3			
43			1			
44	x		3			
45	x	x				
46	x	x	1			
47			3			
48	x		3		x	x
49	x		2			
50	x		3			
51	x		3			
52						x
53	x	x	2	x		x
54	x	x				x
55			4			
56	x	x				x

INVENTAIRE DES GESTES OPERATOIRES

Promonto-fixation isolée : 17

Cas : 15, 17, 19, 27, 30, 32, 33, 35, 39, 40, 42, 44, 45, 49, 50, 51, 55.

Promonto- fixation plus hystérectomie totale : 2

Cas 13 et 38.

Promonto-fixation plus périnéorraphie postérieure : 0

Promonto-fixation plus périnéorraphie antérieure : 6

Cas : 9, 18, 20, 24, 36, 47.

Promonto-fixation plus périnéorraphies antérieure et postérieure : 5.

Cas : 5, 6, 7, 10, 46.

Promonto-fixation plus hystérectomie sub totale : 14

Cas : 1, 3, 8, 12, 23, 25, 28, 29, 31, 43, 52, 53, 54, 56.

Promonto-fixation, plus hystérectomie sub totale, plus périnéorraphie postérieure : 2

Cas 22 et 48.

Promonto-fixation plus hystérectomie sub totale, plus périnéorraphie antérieure 3

Cas : 4, 21, 34.

Promonto-fixation, plus hystérectomie sub totale, plus périnéorraphie antérieure, plus périnéorraphie postérieure : 5

Cas : 2, 11, 16, 26, 41.

Gestes associés : Kyste de l'ovaire : 7

Ovariectomie : 1

Annexectomie : 3

Appendicectomie : 3

Dermolipectomie : 1

LES GESTES OPERATOIRES

N° Dossier	P.F.	H.T.	H.sub T.	P.ant.	P.post.	Autres
1	x		x			
2	x		x			
3	x		x	x	x	x
4	x			x		
5	x			x		
6	x			x	x	
7	x			x	x	
8	x			x	x	
9	x		x			
10	x			x		x
11	x			x	x	
12	x		x	x	x	
13	x	x	x			
14			x		x	x
15	x					
16	x		x	x	x	
17	x					
18	x			x		
19	x					
20	x			x		
21	x		x	x		x
22	x		x		x	
23	x		x			
24	x			x		
25	x		x			x
26	x		x	x	x	
27	x					
28	x		x			
29	x		x			
30	x					
31	x		x			
32	x					x
33	x					
34	x		x	x		
35	x					
36	x			x		x
37			x	x		
38	x	x				
39	x					
40	x					x
41	x		x	x	x	
42	x					
43	x		x			
44	x					
45	x					
46	x			x	x	
47	x			x		x
48	x		x		x	x
49	x					
50	x					
51	x					
52	x		x			
53	x		x			
54	x		x			
55	x					
56	x		x			

B - NOS CONTRE - INDICATIONS

- Les contre-indications d'ordre général

Nous passerons rapidement sur celles découlant du bilan pré-opératoire en répétant qu'aucun risque vital ne doit être pris pour traiter un prolapsus. Ceci élimine définitivement ou temporairement les sujets présentant un terrain fragile. Nous rappelons à ce sujet que classiquement la mortalité post opératoire concernant les prolapsus traités est de 0,5%, l'embolie pulmonaire étant responsable deux fois sur trois. A cela deux facteurs importants.

÷ La condition générale de l'opérée tout d'abord, puisque la mortalité des femmes de plus de 60 ans, souvent obèses et présentant des troubles circulatoires est de 2%.

÷ La modalité opératoire ensuite car si le risque de décès est de 0,2% lorsqu'on utilise la voie périnéo-vaginale, il est de 0,9% lorsqu'on pratique un temps abdominal.

Pour notre part, nous n'avons pas eu de décès per ou post opératoire à déplorer.

- Les contre-indications d'ordre local

Il existe des contre-indications propres à la promonto-fixation qui découlent des complications observées et signalées par les auteurs. Elles sont essentiellement d'ordre local et concernent tout particulièrement le rachis lombo-sacré. Il doit être sain et par conséquent les discopathies : un spondylo-listhesis, une sacrolisation de L5, une arthrose importante de la charnière lombo-sacrée, des antécédents d'infection rachidienne (abcès spondylite) ou un traumatisme lombo-sacré important ne peuvent autoriser une promonto-fixation sans faire courir des risques. Pour ce qui est des lombalgies, parfois dues à une hyperlordose, à une insuffisance musculaire etc... Elles ne contre-indiquent pas l'hystéropexie ou promontoire dans la mesure où aucune lésion les expliquant n'est retrouvée. Elles devront cependant être soigneusement étudiées par un examen complet qui éventuellement permettra ultérieurement de ne pas faire supporter à la promonto-fixation la responsabilité des troubles ultérieurs.

Enfin, la promonto-fixation doit être refusée au moins momentanément lorsqu'en per opératoire on découvre des lésions abdominales infectées.

CINQUIEME PARTIE

A - NOS RESULTATS

Ils doivent être étudiés en deux temps :

- 1 - Les résultats immédiats, liés le plus souvent aux suites opératoires (1er mois).
- 2 - Les résultats éloignés, étudiés à moyen et long terme
 - a) Résultats précoces correspondant à la période allant de un mois à un an après l'intervention.
 - b) Résultats tardifs, c'est-à-dire au delà de 1 an.

I - LES RESULTATS IMMEDIATS (1er mois)

Le prolapsus ne présentant pas un danger vital, il serait désagréable d'avoir à chiffrer la mortalité per ou post opératoire. Heureusement dans notre série, elle est nulle.

La plupart de nos malades ont eu des suites immédiates simples mais 18 d'entre elles ont présenté un trouble plus ou moins grave.

- Douleurs lombaires 3 cas - 2 - 24 - 29

Cas n° 2 - Il s'agissait d'une malade ayant subi une hystérectomie sub totale associée à une périnéorrhaphie antérieure et postérieure complémentaires de la promonto-fixation.

25 jours après l'intervention, apparition d'une douleur sourde au niveau de L5. Elle fut définitivement soulagée par un traitement anti-inflammatoire.

- Cas n° 29 - Il s'agissait d'une malade ayant subi en plus de la promonto-fixation une hystérectomie sub totale. La douleur est apparue 10 jours après l'intervention, à type de pression dans la région sacrée postérieure. En position assise, le redressement du buste atténue la douleur. La traction du col à la pince de Pozzi ne réveille pas la douleur. Là encore le malade fut définitivement guérie par un traitement anti-inflammatoire.

Cas n° 24 - Il s'agissait d'une petite douleur lombaire basse survenant en position assise sur un siège dur, chez une femme ayant bénéficiée d'une promonto-fixation isolée. Cinq mois après ce tableau, elle se complique d'une sciatique bilatérale. La radiographie lombaire à cette époque montre une arthrose de L5 - S1. Il semble difficile d'incriminer cet état à la pexie, compte tenu de la précocité de sa manifestation par rapport à l'intervention.

- Impression de tiraillement

Il s'agit du cas n° 3 qui signale très rapidement une impression de tiraillement avec une sensibilité à la pression transabdominale du promontoire. Cette douleur désagréable plus que gênante ne nécessitera pas d'antalgiques et disparaîtra spontanément et définitivement vers le cinquième mois. Elle était vraisemblablement due à la tension exercée par les deux fils de nylon cablés sur le ligament prévertébral, l'intervention n'ayant pas posé de problème particulier concernant l'abord et l'hémostase de la région du promontoire. A noter cependant que l'annexe droite avait été trouvée inflammatoire.

- Complications thrombo-emboliques

La mise sous traitement anti-coagulant de nos malades ne fut pas systématique mais réservée aux personnes obèses, très âgées, ou présentant des troubles veineux préexistants. Ceci explique que deux malades ont présenté en post-opératoire des troubles thrombo-emboliques.

Cas n° 2 qui présente un tableau de micro-embolies pulmonaires.

Cas n° 31 qui fit une phlébite du membre inférieur droit.

Ces deux malades ont eu sous traitement anti-coagulant, des suites tout à fait simples.

- Une débacle diarrhéique

Il s'agit du cas n° 2 chez qui on retrouve des antécédents de dysenterie amibienne. Notre série comporte d'autres malades ayant eu également de tels antécédents et les suites de leur opération furent cependant simples.

- Un cas de suintement de paroi

Le résultat ne fut pas compromis pour autant.

- Deux hématomes de paroi

Cas n° 15 qui présente un petit hématome péri-cicatriciel.

Cas n° 28 qui présente par contre un volumineux hématome du mont du vésus, probablement favorisé par le traitement anti-coagulant prescrit à la malade et qui nécessite une réintervention.

- Quatre infections urinaires Cas n° 21 - 26 - 45 - 48

Un traitement anti septique adapté aux germes apportera rapidement la stérilisation des urines.

- Un hématome rétro-péritonéal Cas n° 42

Il s'agit d'une malade qui signala d'abord des douleurs du mollet droit ce qui fit prescrire un traitement anti-coagulant. Puis apparition de douleurs lombaires associées à une déshydratation extra cellulaire avec oligurie et une parésie intestinale. Il s'agissait d'un hématome rétro-péritonéal dont l'évacuation nécessita une réintervention. Les suites furent simples et le résultat de la promonto-fixation resta excellent.

- Deux cas de constipation Cas 37 - 52

Il s'agit de malades constipés chroniques pour qui l'alitement ne fit qu'accentuer le trouble.

- Une dépression nerveuse Cas 53

SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES

N° Dossier	Simple	Douleurs	Comp. T.embolique	Pb.paroï	Autres
1	x				
2		x	x		x
3		x			
4	x				
5	x				
6	x				
7	x				
8	x				
9	x				
10	x				
11	x				
12	x				
13	x				
14	x				
15				x	
16	x				
17	x				
18	x				
19	x				
20	x				
21					
22	x				
23	x				
24		x			
25	x				
26					
27	x				
28				x	
29		x			
30	x				
31		x			
32	x				
33	x				
34	x				
35	x				
36	x				
37					x
38	x				
39	x				
40	x				
41	x				
42					x
43	x				
44	x				
45					x
46	x				
47	x				
48					x
49	x				
50	x				
51	x				
52					x
53					x
54	x				
55	x				
56	x				

II - RESULTATS A COURT TERME

(1ère année)

44 des 54 malades ayant subi une promonto-fixation ont pu être revues en consultation dans l'intervalle allant de 1 mois à 1 an après leur intervention.

Le résultat fut considéré comme excellent dans 22 cas, les autres étant moins satisfaisants en raison d'anomalies anatomiques ou fonctionnelles, de douleurs ou de troubles divers.

1) Résultats anatomiques

Dans 4 cas le résultat anatomique n'était pas excellent bien que satisfaisant.

On a :

- . 2 très légères urétro-cystocèles (13 et 18)
- . 1 urétrocèle (cas 25)
- . 1 périnée postérieur déficient (cas 4)

Dans 3 cas le résultat anatomique était moyen :

- . Cas n° 8 (2 mois) : Le col utérin était bien en place, mais la vessie se déroulait jusqu'à la vulve, nécessitant une périnéorraphie antérieure avec quelques points de vagino-fixation solidarissant la vessie à la paroi antérieure du vagin.
- . Cas n° 30 (3mois) : Cystocèle du 3ème degré en avant du col utérin bien en place qui nécessita également une périnéorraphie antérieure avec quelques points de vagino-fixation et une plicature sous urétral à la façon de Marion.
- . Cas n° 19 (2 mois) : On observe une récurrence de la cystocèle avec incontinence à la toux. Il n'avait pas été jugé utile de faire de temps antérieur en association à la promonto-fixation car à l'époque, la remontée du col, à l'aide d'une pince, corrigeait la cystocèle.

On retient de l'analyse de ces examens cliniques que le résultat inhérent directement à la suspension fut toujours jugé excellent et que les échecs sont essentiellement dus à l'insuffisance de gestes complémentaires.

2) Troubles urinaires

Dans 5 cas, bien que le résultat anatomique soit bon, les malades se sont plaintes de troubles urinaires. Il s'agissait d'incontinence très légère (quelques gouttes), survenant à la toux ou à l'effort, ne gênant que peu la malade et ne nécessitant donc pas de réintervention dans l'immédiat.

- . Cas n° 13 : Incontinence d'effort avec légère cystocèle.
- . Cas n° 22 : Très légère incontinence à la toux et aux changements de position.
- . Cas n° 28 : Très légère incontinence survenant d'une façon inopinée.
- . Cas n° 53 : Très légère incontinence survenant à la toux.
- . Cas n° 25 : Très légère urétrocèle avec petite incontinence nettement améliorée sous traitement oestrogène.

3) Douleurs

11 malades se sont plaintes de douleurs.

- 4 ont signalé des douleurs pelviennes :

- . 1 à type de tiraillements. Il s'agit du cas n° 3 que nous avons déjà étudié.
- . 3 à type de douleur diffuse mais prédominante dans la fosse iliaque droite

Cas n° 27 : Il s'agit d'une malade constipée chronique, et la douleur semble davantage due à une colopathie fonctionnelle qu'à l'intervention. L'examen est normal. Cette douleur ne sera plus signalée lors des consultations suivantes.

Cas n° 5 : Il s'agit d'une malade se plaignant de douleurs abdominales diffuses sans autres troubles associés. L'examen est normal, la mobilisation du col, en particulier, n'est pas douloureuse.

Cas n° 23 : Malade qui se plaint de douleurs pelviennes droites, peu précises. L'examen, là encore, est normal.

- 6 malades ont signalé des douleurs lombaires. Parmi elles, deux femmes s'étaient déjà plaintes de lombalgies avant l'intervention qui semble cependant les avoir majorées.

Cas n° 4 : Malade qui signale des douleurs lombaires

Cas n° 10 : Malade qui se plaint de douleurs pelviennes et lombaires après de longues stations debout.

Cas n° 24 : Il s'agit d'une femme qui dans le mois qui suivit l'intervention signala des douleurs lombaires, et qui, cinq mois après, a présenté un tableau de sciaticque bilatérale. Dans ses antécédents, on retrouve une chute sur la région sacrée quatre ans auparavant. Le cliché radiologique montre une arthrose importante de L5, S1.

Cas n° 52 : Malade qui se plaint de lombalgies irradiant vers la région sacrée et d'une constipation importante apparue depuis l'intervention.

Cas n° 53 : Femme qui signale quelques douleurs lombaires et pelviennes.

Cas n° 56 : Il s'agit d'une malade qui signala, dans le mois qui suivit la promonto-fixation, des douleurs pelviennes et une constipation. Cinq mois après, persistance des douleurs. L'examen est normal, la mobilisation du col restant est indolore. L'examen radiologique de la colonne lombo-sacrée est normal; par contre, il existe à la rectoscopie une anite congestive.

Une malade a signalé des douleurs sacro-coccygiennes :

Cas n° 9 : Femme qui se plaint de douleurs sacro-coccygiennes après de longs voyages en voiture. A l'examen, la mobilisation du sacro-coccyx réveille la douleur. Les clichés radiologiques sont normaux. L'hystéropexie avait été faite au niveau du promontoire et sans problème.

L'analyse des dossiers de ces malades et l'étude du protocole opératoire de leur intervention ne permet pas de trouver d'éléments communs pouvant expliquer les douleurs décrites. Il est regrettable que ces malades n'aient pas eu en pré-opératoire des clichés radiologiques de la région lombo-sacrée. Cet examen devrait être systématique.

Enfin, il faut signaler que 5 malades se sont plaintes de dyspareunies, toutes dues aux périnéorrhaphies (cas 2, 6, 7, 9, 10).

4) Occlusions aiguës

Il s'agit d'une complication grave dont nous avons à déplorer 2 cas :

Cas n° 31 : Il s'agit d'une femme qui, deux mois après son intervention, a présenté un tableau d'occlusion aiguë. Les deux points d'amarrage au promontoire de la bandelette de tergal ayant lâché, il s'est produit un orifice entre le promontoire et l'utérus par lequel s'est introduit une anse grêle. La péritonisation avait été faite en bourse au-dessus de la promonto-fixation avec solidarisation à la bandelette rectale, elle s'est déchirée lors de la rupture de la promonto-fixation.

Cas n° 41 : Un mois après la promonto-fixation, il existe une occlusion mécanique du grêle dans un anneau péritonéal admettant le pouce et pénétrant dans le cul de sac de Douglas.

L'exploration abdominale montre la présence de 3 anneaux entre le col utérin, la plastie, (bandelette de tergal), et le recto-sigmoïde. Il existe également des adhérences du sigmoïde à la plastie.

5) Divers

Il s'agit de complications peu importantes que nous signalons cependant pour être complet.

- . 2 éventrations (cas 52 et 17)
- . 1 déhiscence des muscles grands droits (cas 47)
- . 4 cas de constipation majorée par l'intervention (cas 27, 48, 52, 56).

Dossier	Malades revues	bon	Examen clinique			Douleurs	Occlusion	Autres
			cystocèle	recticèle	hystéroptose			
1	x							
2	x							
3	x					x		
4	x			x		x		
5	x					x		
6	x							
7	x							
8	x		x					
9	x					x		
10	x					x		
11	x							
12	x							
13	x		x					
14								
15	x							
16	x							
17	x							x
18	x		x					
19	x		x					
20	x							
21	x							
22	x							
23	x					x		
24	x					x		
25	x		x					
26	x							
27	x					x		x
28	x							
29	x							
30	x		x				x	
31	x							
32	x							
33								
34								
35	x							
36								
37								
38								
39								
40								
41	x						x	
42	x							
43	x							
44								
45								
46								
47	x							x
48	x							x
49								
50	x							
51	x							
52	x					x		x
53	x					x		x
54	x							
55	x							
56	x					x		x

III - RESULTATS A LONG TERME

(Plus d'un an)

26 malades sur les 54 qui avaient bénéficié d'une promonto-fixation, ont été revues au-delà d'un an (48%). Parmi les 18 patientes non revues et qui avaient cependant consulté dans la période allant d'un mois à un an après leur intervention, 17 avaient, à cette époque, un résultat excellent à tous points de vue. Seule la malade n° 8 présentait une cystocèle et une incontinence qui avaient nécessité un geste complémentaire. On peut supposer que ces malades n'ont pas jugé utile de reconsulter dans la mesure où elles étaient satisfaites du résultat de l'intervention.

Sur les 26 malades revues au-delà d'un an, on a :

- . 11 résultats excellents à tous points de vue (cas 1, 3, 6, 8, 9, 11, 12, 26, 27, 29, 41, 52).
- . 9 malades ont présenté quelques anomalies à l'examen.
- . 7 femmes ont signalé des douleurs.
- . 1 échec.

- Anomalies à l'examen

- Cas n° 4 : 2 ans. Bonne suspension du col mais rectocèle nécessitant une périnéorraphie postérieure. Très bons résultats par la suite.
- Cas n° 5 : 7 ans. Echec de la périnéorraphie postérieure car récidence de la rectocèle.
- Cas n°10 : 1 an. Léger déroulement de l'urètre et de la vessie.
- Cas n°15 : 2 ans. Aucun trouble mais légère urétrocèle.
- Cas n°22 : 18 mois. Cystourétrocèle associée à une incontinence nécessitant une périnéorraphie antérieure.
- Cas n°24 : 3 ans. Col haut et bien suspendu, mais très discrète urétrocystocèle.
- Cas n°25 : 5 ans. Discrète rectocèle.
- Cas n°28 : 2 ans. Rectocèle important avec défécation impérieuse à la limite de l'incontinence.
- Cas n°53 : 6 ans. Urétrocèle avec incontinence à l'effort.

- Un échec

Cas n° 43 : Il s'agit d'une femme qui, trois ans après son intervention, présentait une cystocèle du deuxième degré associée à une ptose du col restant.

- Douleurs

8 malades sur les 26 revues ont signalé des douleurs :

- . Cas n° 5 : 7 ans. Douleur intermittente au niveau du promontoire, ne nécessitant pas d'antalgiques.
- . Cas n° 7 : 1 an. Lombosacralgie médiane, variant avec la position du corps majorée par la marche, calmée par le repos.
- . Cas n° 10 : 1 an. Douleur lombaire liée à une arthrose lombo-sacrée.
- . Cas n° 23 : 3 ans. Pesanteur pelvienne.
- . Cas n° 24 : 3 ans. Douleur sacrée irradiant aux deux cuisses. La radiographie montre une arthrose L5 - S1.
- . Cas n° 25 : 5 ans. Chute sur le dos, puis apparition 9 mois après de douleurs lombaires basses avec irradiation pelvienne.
- . Cas n° 30 : Douleur du flanc gauche avec pesanteur surtout debout ou en décubitus latéral droit.
- . Cas n° 56 : 26 mois. Douleur lombaire à la station assise et à la marche avec sciatalgie droite selon une topographie correspondant à L5. Des examens radiologiques ont montré l'intégrité du sac dural et des différentes racines.
- . Enfin on signale le cas d'une malade opérée dans un autre établissement et qui présentait un abcès de la 5ème lombaire. Un cliché radiologique a révélé la présence d'une pointe d'aiguille de Reverdin.

N° Dossier	Malades revues	bon	Examen clinique			Douleurs
			cystocèle	rectocèle	hystéroptose	
1	x	x				
2						
3	x	x				
4	x			x		
5	x			x		x
6	x	x				
7	x					x
8	x	x				
9	x	x				
10	x		x			x
11	x	x				
12	x	x				
13						
14						
15	x		x			
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22	x		x			
23	x					x
24	x		x			x
25	x			x		x
26	x	x				
27	x	x				
28	x			x		
29	x	x				
30	x					x
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41	x	x				
42						
43	x				x	
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52	x	x				
53	x		x			
54						
55						
56	x					x

B - ETUDE DES RESULTATS

I - A PROPOS DE LA TECHNIQUE

Aucun élément ayant trait à la technique elle-même n'a été responsable d'un échec ou d'une complication. La diversité des matériels utilisés pour la suspension, le nombre de points d'amarrage, les différents trajets du matériel, ne semblent pas modifier le résultat. Dans ces conditions, la simple promonto-fixation de l'organe prolabé, par un filet de tergal, nous paraît être la technique de choix chaque fois qu'une néo-suspension est indiquée.

II - A PROPOS DU RESULTAT ANATOMIQUE

1) En ce qui concerne l'utérus, hormis le cas 43, les examens cliniques de contrôle n'ont jamais permis de constater une récurrence de l'hystéroptose. Sur ce point, utiliser la promonto-fixation, c'est s'assurer d'un résultat satisfaisant même à long terme, dans l'immense majorité des cas.

2) En ce qui concerne la vessie, l'urètre et le rectum, les échecs mettent bien en évidence l'importance des gestes complémentaires.

a) Pour la périnéorrhaphie antérieure : Sur les 25 malades n'ayant pas bénéficié de ce geste complémentaire, soit avant l'intervention, soit en association avec celle-ci, 9 d'entre-elles (30%) ont présenté dans les suites une cystocèle ou une incontinence urinaire. Par contre, parmi les 29 femmes qui en ont bénéficié, 4 seulement ont eu dans les suites une urétrocystocèle qui n'entraîne d'ailleurs que peu de gêne fonctionnelle. Les 9 échecs sont donc survenus chez les 13 malades dont la cystocèle avait été jugée solidaire de l'hystéroptose.

Par conséquent, il nous paraît prudent lorsque le prolapsus vaginal comporte une cystocèle associée à l'hystéroptose de réaliser dans le premier temps de l'intervention une péri-néorrhaphie antérieure comprenant quelques points de vagino-fixation pour rétablir la solidarité vésico-vaginale. Les deux organes sont ainsi solidarisés et la promonto-fixation amarre l'ensemble.

Ce procédé nous semble suffisamment efficace dans le traitement de tels prolapsus pour éviter la technique du grand hamac ou du montage en deux pièces qui nous paraissent plus scabreuses.

Lorsque l'hystéroptose est isolée, la simple promonto-fixation sans gestes associés est, à notre avis, suffisante. En effet, il n'a pas été observé de cystocèle dans les suites opératoires chez les femmes n'en ayant pas présenté avant l'intervention, même après hystérectomie.

b) Pour la périnéorrhaphie postérieure : Sur les 45 malades n'ayant pas bénéficié de ce geste, 3 seulement ont présenté une rectocèle, dont une importante. Ce petit nombre d'échecs tient, à notre avis, au fait que l'examen clinique permet une appréciation fine de la qualité du périnée postérieur et donc une indication précise. Cela tient également à ce que notre série se compose essentiellement de prolapsus liés à une déficience de l'appareil de suspension et non de celui de soutien. Cependant, si l'on veut à coup sûr et à long terme, éviter le développement d'une rectocèle, il faut au moindre doute clinique, réaliser une périnéorrhaphie postérieure, geste qui est systématiquement pratiqué par certains auteurs.

III - A PROPOS DES DOULEURS SIGNALEES DANS LES SUITES OPERATOIRES

Nous observons que sur les 54 femmes qui ont bénéficié d'une promonto-fixation, 14, à notre connaissance, ont signalé dans la suite des douleurs qui n'existaient pas avant. La plupart étaient bien supportées, ne nécessitant pas d'antalgiques.

Il nous semble, devant leur rareté, la diversité de leur description, et de leur apparition, et compte-tenu de l'indolence de l'examen gynécologique, qu'elles ne soient pas liées à la promonto-fixation.

Dans notre série, la plupart des douleurs pelviennes ont pu être expliquées par une colopathie fonctionnelle, confirmée par une constipation chronique. A noter également la fréquence élevée chez les malades étudiées, d'antécédents amibiens.

Les douleurs lombaires, quant à elles, seraient plutôt liées à une arthrose lombo-sacrée, d'ailleurs plusieurs fois confirmée par la radiologie. Là encore, nous considérons que cette complication est trop rare et souvent trop proche de l'intervention pour que la pexie au ligament prévertébral soit seule responsable.

IV - A PROPOS DES SPONDYLODISCITES LOMBO-SACREES

Nous n'avons pas observé au cours de notre enquête cette complication redoutable. Pourtant notre série comprend 30 malades ayant bénéficié d'une promonto-fixation en même temps que d'une hystérectomie sub-totale (28 cas) ou même totale (2 cas). Il semble donc que la précaution essentielle à prendre pour éviter ce déboire concerne le disque qu'il ne faut absolument pas blesser au cours de l'amarrage au ligament prévertébral.

V - A PROPOS DES OCCLUSIONS

Elles furent dans les deux cas provoquées par l'incarcération d'une anse grêle par malfaçon de la péritonisation. Celle-ci doit être particulièrement soignée.

CONCLUSIONS

L'analyse des 54 promonto-fixations réalisées pour le traitement des prolapsus vaginaux, dans la clinique gynécologique de l'HIA Bégin, nous permet de dégager les notions suivantes :

INDICATIONS :

Seuls les prolapsus résultant d'une déficience de l'appareil de suspension peuvent bénéficier d'une promonto-fixation. Ce procédé pourra donc être indiqué dans les hystéroptoses de pulsion isolées mais aussi associées à une cystocèle. Dans ces dernières éventualités, il sera précédé de façon systématique par les périnéorraphies correspondantes et comprenant quelques points solidarissant la vessie au tube génital.

Ces indications pourront être discutées avec celles de sacro-fixation par voie basse (SHIRODKAR). La promonto-fixation sera cependant préférée dans les hystéroptoses majeures, dans les récidives, et chaque fois qu'une anomalie gynécologique associée nécessitera une intervention par voie abdominale.

La promonto-fixation s'imposera chaque fois que les ligaments utéro-sacrés seront inutilisables. C'est le cas lorsqu'en association avec un prolapsus de pulsion une lésion bénigne nécessitera une hystérectomie. C'est également le cas lorsque la coelioscopie a permis d'observer l'absence d'utéro-sacrés ou leur mauvaise qualité.

Enfin, la promonto-fixation nous paraît souhaitable dans le traitement des élytrocèles, surtout si elles résultent d'une hystéropexie antérieure.

A l'opposé, ce procédé nous paraît démesuré pour le simple traitement des rétroversions utérines.

TECHNIQUE :

L'étude comparative des différents matériels utilisés pour la suspension, dans notre série, de leur trajet, de leurs points d'amarrage, etc..., ne fait pas ressortir de différences importantes au niveau des résultats.

La meilleure technique de promonto-fixation nous paraît être la plus simple.

Les montages complexes (en deux pièces, le grand hamac de Huguier), peuvent être remplacés par la promonto-fixation associée à une périnéorraphie antérieure comprenant quelques points solidarissant la vessie au vagin.

RESULTATS :

- Résultats anatomiques et fonctionnels :

Ils sont excellents à condition de ne pas négliger la déficience de l'appareil de soutien lorsqu'elle est associée à celle de l'appareil de suspension.

- La spondylodiscite :

Elle reste une complication rare. Nous ne l'avons pas rencontrée dans notre série bien que 30 hystérectomies, dont 2 totales, aient été réalisées dans le même temps opératoire. Ceci confirme la nécessité primordiale de ne transfixer que le ligament prévertébral, par transparence, sous contrôle de la vue.

- Les occlusions :

Moins exceptionnelles que les spondylodiscites, elles peuvent être évitées par une péritonisation soigneuse.

- Les douleurs lombo-sacrées :

Elles sont plus fréquentes, mais rarement imputables à la suspension.

Logique, facile, fiable à long terme, associée ou non à un geste périnéal, la promonto-fixation mérite donc une juste place dans le traitement chirurgical des prolapsus vaginaux.

Le Président de la Thèse

Le Directeur de l'U.E.R. LYON-NORD

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LYON, 1e 4 Octobre 1977

Professeur Agrégé J.P. NEIDHARDT

Le Président de l'Université

CLAUDE BERNARD LYON I

Le Directeur de l'U.E.R. LYON NORD

Professeur D. GERMAIN

Professeur Agrégé J.P. NEIDHARDT

BIBLIOGRAPHIE

1 - BETHOUX A., BORY S.

Les mécanismes statistiques viscéraux pelviens chez la femme à la lumière de l'exploration fonctionnelle du dispositif en position debout.

Ann. Chir., Mai 1962, 16, p. 887-916.

2 - BETHOUX A.

Colpocystogramme - Application à l'étude des prolapsus vaginaux et des incontinences d'urine.

Jour. de Chir. 1965 - 90 - 51

3 - BETHOUX A., SCALI P., BLANDAN J.

Physiopathologie et anatomopathologie des prolapsus vaginaux.

Rev. Prat. Avril 1971 - t. 21 n° 12 p. 1863-87.

4 - BLUMA

Des prolapsus génitaux après hystérectomie totale ou sub totale.

Thèse médecin Lyon 1952.

5 - BOUCHET A., CUILLERET J.

Anatomie topographique.

Tome 17 - 2ème partie - Simep. édition.

6 - BOURDIEU C.

Le colpocystogramme. Ses données dans l'étude de la statique viscérale pelvienne.

Thèse Paris 1965.

7 - BOUVET F.

Analyse critique des résultats de 190 opérations de soutènement-suspension par voie haute dans les prolapsus vaginaux.

Thèse Paris 1975.

8 - BRET J. et BARDIAUX M.

A propos de la promonto-fixation.

Rev. du Prat. t. 14 n° 29 p. 3645-58.

9 - CACHIN CH.

Critique du traitement chirurgical des prolapsus génitaux.

Bul. et mén. de la soc. chir. Paris 1971 t. 61.

10 - CERBONNET G.

Examen clinique d'une femme atteinte de prolapsus génital.

Rev. du prat. Avril 1971 tome 21 n° 12 p. 1887-99.

11 - CERBONNET G., DALMAS H., ROCHET Y. et VAYRE P.

Prolapsus génitaux. Traitement chirurgical.

Rapport au 72ème Congrès fr. de chir. 1970 P.U.F. éd. Paris.

12 - CERBONNET G.

Technique et indication de la suspension au promontoire dans la cure des prolapsus rectaux et génitaux.

Entretiens de Bichat Chir. 1966 p. 189-192.

13 - CHABERT

Indications et résultats de l'opération de Halban dans le traitement des prolapsus génitaux.

Thèse Lyon 1967.

14 - COGNAT M. et ROCHET Y.

Etude statistique de 246 interventions pour prolapsus génital
p. 279 - 285.

15 - COGNAT, ROCHET et CHABRIER

A propos de la voie haute dans le traitement chirurgical des prolapsus génitaux.

Lyon chir. 1971 p. 67-71.

16 - COUDERC M.

Incidences rachidiennes des pexies viscérales lombo-sacrées

Thèse Paris 1963.

17 - DAYOUX S.

Apport du colpocystogramme dans le bilan pré-opératoire et le contrôle post opératoire des prolapsus vaginaux. Thèse Marseille 1967.

18 - DAYOT R.J.

Les isthmopexies postérieures dans le traitement de la rétroversion utérine. Conséquences gynécologiques et possibilités obstétricales à propos de 24 observations.

Thèse Paris.

19 - D' ESZLARY A.

Devenir mécanique de la promonto-fixation des organes pelviens prolapsés.

Thèse Paris 1963.

20 - DIAMANT, BERGER L.

Echecs et dangers de l'hystéropexie postérieure.

Soc. des chir. de Paris.

21 - EYROUD

Orientation actuelle dans le traitement des prolapsus génitaux.

Thèse Lyon 1971.

22 - FONTANELLE J.

Technique de cure de la cystocèle par voie abdominale pure au cours du traitement des prolapsus génitaux.

Thèse Paris 1965.

23 - FOURNIER J.

Les prolapsus génitaux après HT.

Toulouse 1972.

24 - GELLE P., CREPIN G. et DURANEL P.

Réflexions sur le traitement des prolapsus génitaux.

A propos de 273 observations.

Bull. Fed. soc. Gyn. Obst. français. Sept-Oct. 70 - t.22 n°4 460-463.

25 - GOURVES

Etude des prolapsus génitaux après hystérectomie.

Thèse Paris 1954.

26 - HERBLOT

Indications opératoires dans les prolapsus génitaux à propos de 325 cas.

Thèse Paris 1970.

27 - HERVET E.

L'accouchement après cure de prolapsus.

Revue du prat. XXI t. 12.

28 - HUGUIER J., CERBONNET G., SCALI P. et BETHOUX A.

Les soutènements vésico-urétraux par matériel inerte.

Emc. fasc. 41830 - Techniques chirurgicales.

29 - HUGUIER J.

Symptômes marqués au cours des prolapsus génitaux.

Mem. Acad. chir. 1964 - p. 90-316.

30 - HUGUIER et KUNLIN A.

Les problèmes de l'incontinence d'urine.

Revue du prat. 1971 - 21 - 12 - 1939-1948.

31 - HUGUIER J., SCHOLGEL G. et BETHOUX A.

Examen clinique des prolapsus génitaux et déductions thérapeutiques.

L'hôpital Juin 1966 - 54 n° 770.

32 - LASFARGUES

A propos d'une statistique homogène de prolapsus génitaux (537 cas)

Thèse Paris 1970.

33 - LEGER

Une technique nouvelle de suspension rétro-pubienne du col vésical.

Thèse Paris 1971.

34 - LEVY - MERCER

Prolapsus après hystérectomie.

EMC gyn. 290 A. 70.

35 - LE LIRZIN R.

Contribution à l'étude des prolapsus génitaux et de leur traitement chirurgical. Etude de 340 cas.

Thèse Paris 67.

36 - LOFFREDO V.

Le traitement chirurgical des prolapsus génitaux.

Bull. de la soc. des chir. de Paris LXI n° 4 1971.

37 - MARTIN A.

Contribution à l'étude de la pathogénie et de la thérapeutique des prolapsus associés ou non à l'incontinence urinaire d'effort (122 cas).

Thèse Paris 1972.

38 - MAYER J.

Douleurs lombo-pelviennes et prolapsus.

Rev. du prat. XXI - 12.

39 - MERCIER R., OLLIER R., VANNEUVILLE G., PATOUILLARD P., FOUGUES, DECHELOTTE R.

A propos de 81 cas de prolapsus génitaux de la femme.

Lyon Méditerranée médicale - 70 - p. 39 à 54.

40 - MOUSSELMON J.

Indications opératoires dans les prolapsus génitaux.

CML 46 - 21 - 1970 p. 1861 à 1866.

41 - MOUSSELMON

Sur le traitement des prolapsus génitaux.

Lyon chirurgical 1971 - 67 (111, 113):

42 - MUSSET R. et POITOUT P.

Les prolapsus génitaux.

EMC gynécologie 1970 - 290 A 10-1-16.

43 - MUSSET R.

Prolapsus de la femme jeune et nouvelles maternités.

Revue du prat. XXI - 12.

44 - NOLLE

La réhabilitation de la promonto-fixation.

Geburt-Freuhren Mori n° 5 p. 472-477.

45 - RAVINA JH.

Prévention et traitement du prolapsus du dôme vaginal.

Presse médicale 1961 - 69 1690.

46 - RENOULT P. et CAPUANO G.

Utilisation des bandelettes de tergal dans la cure des grands prolapsus génitaux après la ménopause. Technique et résultats à propos de 105 cas.

J. Chirurgie 1971 - 102 (593-602).

47 - RIEU J.P.

Contribution à l'étude des récidives des prolapsus génitaux.

Thèse Toulouse 1970.

48 - ROCHET Y.

Métrorragies - Pertes et Prolapsus.

Rev. du prat. 71 - XXI - 12.

49 - ROCHET - Y.

Traitement chirurgical des élytrocèles.

Lyon chirur. 1967 - 63-214.

50 - ROCHET Y. et COGNAT M.

Notre orientation actuelle dans le traitement chirurgical des prolapsus génitaux.

Soc. de chir. de Lyon - Nov. 1970.

51 - ROBERT H.

Radiologie et laboratoire dans les prolapsus.

Rev. du prat. 71 XXI - 12.

52 - ROBERT HG.

Nouveau traité de technique chirurgicale.

Tome 14 gynéc. Masson ed. 70 - 616 à 628 118 à 131.

53 - ROBERT HG.

Principe du traitement des prolapsus génitaux.

J. chirurg. 1963 - 86 p. 1 à 22 et 61 à 76.

54 - ROBERT HG, BOURY HEYLER

Les prolapsus après hystérectomie. A propos de 26 observations personnelles.

Annales de chir. 1964.

55 - ROBERT HG., VOYRE P.

Les Elytrocèles. Considérations anatomiques et cliniques à propos de 25 cas.

Ann. de chir. 1964 - 18 - 1060.

56 - ROUVIERE H.

Anatomie humaine

Tome 3 - Masson et Cie.

57 - SCALI P., BLANDON J., BETHOUX A. et GERARD M.

Les opérations de soutènement-suspension par voie haute dans le traitement des prolapsus vaginaux.

J. gyn. obst. biol. rep. 1974 - 3 - 365 à 378.

58 - SCALI P.

Trois cas de grossesses après hystéropexie isthmique postérieure au promontoire.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. de langue Fr. 15 p. 48 1963.

59 - SCALI P., BETHOUX A., BLONDON J., TESCHER M.

Traitement chirurgical des prolapsus récidivés.

Enc. med. chir. 41 835.

60 - SCHLOGEL G.

Les prolapsus génitaux. Etude clinique et proposition de tactique opératoire d'après 316 dossiers.

Thèse Paris 1963.

61 - SENEZE J.

Pexie du disque L5 et anomalie de la statique pelvienne.

Sem. Hôp. 36 - n° 32-33 - 1972.

62 - TRUELLE A.

A propos de 50 élytrocèles. Déductions anatomo-cliniques, radiologiques et thérapeutiques.

Thèse Paris 1968.

63 - VAYRE P., TOURELLE R.

Réflexion sur le traitement chirurgical des prolapsus génitaux.

A propos de 200 cas opérés dans un service de chirurgie générale.

J. Chir. 1969 - 98; 627-638.

64 - VAYRE P.

Orientation générale des indications thérapeutiques pour prolapsus génital.

Rev. Prat. Paris Avril 1971 - T. 21 n° 12 p. 1909-1920.

65 - VEYRAT MC.

Les prolapsus pessaires.

Thèse Paris 1966.

66 - WITTLINGER A.

Traitement du prolapsus du col restant par fixation au promontoire.
16 cas.

Thèse Méd. Strasbourg 1963.

=====

TABLE DES MATIERES

- INTRODUCTION - HISTORIQUE	1
 <u>PREMIERE PARTIE</u>	
- RAPPEL ANATOMIQUE	2
I - Anatomie descriptive et topographique	2
II - Moyens de fixation de l'ensemble viscéral pelvien	5
III - Anatomie fonctionnelle	7
. A l'effort de pousser	7
. A l'effort de retenir	7
 <u>DEUXIEME PARTIE</u>	
- ETUDE DES PROLAPSUS	8
I - Pathogénie générale	8
II - Examen clinique	11
III - Examens para-cliniques	13
 <u>TROISIEME PARTIE</u>	
- ETUDE DE LA PROMONTO-FIXATION	15
I - Principe	15
II - Technique	16
. L'asepsie	16
. Le grand hamac de Huguier	16
. Le montage en deux pièces	16
. La promonto-fixation proprement dite	17
. Les gestes complémentaires par voie basse	20
- Périnéorrhaphie antérieure	20
- Périnéorrhaphie postérieure	20

III - Devenir de la promonto-fixation des organes pelviens	22
IV - Les complications théoriques.....	23
V - Promonto-fixation et grossesse	25

QUATRIEME PARTIE

A - <u>NOS INDICATIONS DE LA PROMONTO FIXATION</u>	26
1 - Les prolapsus vaginaux sans lésions intra pelviennes associées	27
. L'hystéroptose isolée	27
. L'hystéroptose associée à une cystocèle	28
. Prolapsus complet	28
2 - Les prolapsus vaginaux après hystérectomie	29
. Totale	29
. Sub-totale	29
3 - Les prolapsus vaginaux associés à une lésion intra pelvienne nécessitant un geste par voie haute	31
4 - Les récides de prolapsus vaginaux	32
5 - Les indications particulières	34
. L'élytrocèle	34
. La rétroversion utérine	34
B - <u>NOS CONTRE-INDICATIONS</u>	39

CINQUIEME PARTIE

A - <u>NOS RESULTATS</u>	40
1 - Suites immédiates (moins d'un mois).....	40
2 - Suites à court terme (un mois à un an).....	44
3 - Suites à long terme (plus d'un an).....	49
B - <u>ANALYSE DES RESULTATS</u>	52
<u>CONCLUSION</u>	54
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	56

